

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DOR, ESTRATÉGIAS DE *COPING* E  
CATASTROFIZAÇÃO DA DOR EM JOVENS COM DOR  
CRÓNICA: AUTOAVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO PELOS  
PAIS**

**Rita Alexandra Inácio Salvador**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE  
NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DA DOENÇA**

**2015**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DOR, ESTRATÉGIAS DE *COPING* E  
CATASTROFIZAÇÃO DA DOR EM JOVENS COM DOR  
CRÓNICA: AUTOAVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO PELOS  
PAIS**

**Rita Alexandra Inácio Salvador**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

**NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DA DOENÇA**

**2015**

## **Agradecimentos**

À Professora Luísa Barros, pela disponibilidade, motivação e apoio constante ao longo da realização da presente dissertação.

À equipa de reumatologia do Hospital Santa Maria, em especial à Doutora Filipa Ramos pelo interesse, auxílio e boa disposição ao longo dos meses de recolha de dados.

Às minhas companheiras de curso e futuras colegas de profissão, ao alegre percurso em conjunto, que isto seja apenas o início e nos continuemos a cruzar no mundo profissional da psicologia.

Aos meus amigos, pela amizade constante, pelas gargalhadas proporcionadas, pelos desabafos e pela compreensão face aos momentos em que não estive presente.

Ao João, que tem sido o meu apoio emocional sempre presente ao longo deste percurso e, por muito que queira, o meu agradecimento ficará sempre aquém do que realmente significa. Obrigado pelo carinho, pelo afeto, pela paciência, pela força.

À minha família, pelo carinho, e pela compreensão face à minha ausência, fim-de-semana após fim-de-semana. Há quem diga que a família não se escolhe... mas eu não escolheria melhor mesmo que quisesse.

Por fim, e nunca menos importante, aos meus pais, por tudo hoje e sempre. Por acreditarem em mim e por serem o pilar para todas as minhas confidências e inseguranças.

Obrigado!

## Resumo

Este estudo teve como objetivo principal analisar se os pais são bons informadores acerca da dor dos filhos adolescentes e sobre as suas estratégias de *coping*, assim como explorar as crenças de catastrofização parental sobre a dor dos filhos e a associação entre estas crenças e a dor e crença de catastrofização experienciadas pelos filhos com dor crónica.

A amostra total abrangeu 36 jovens, com diagnóstico de dor crónica e com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos ( $M=15,56$ ;  $DP=2,02$ ), e os seus pais (30 mães, 4 pais, e 2 familiares identificados como principais cuidadores). A recolha de dados teve lugar na consulta de reumatologia do Hospital de Santa Maria. Os jovens e os pais avaliaram a intensidade da dor através da Escala Visual Analógica de Dor (VAS), preencheram o Questionário de Coping na Dor (PCQ), a versão para os jovens e a versão para os pais, e a Escala de Catastrofização da Dor (PCS), a versão para os jovens e a versão para os pais.

As autoavaliações dos jovens e as avaliações dos pais acerca da dor demonstraram-se consistentes. Os relatos dos jovens e os relatos parentais acerca das estratégias de *coping* revelaram-se consistentes na maioria das escalas, à exceção do Evitamento Focado na Emoção e subescala Internalização, com os pais a sobrestimar o uso destas estratégias relativamente à autoavaliação dos jovens. Quanto à catastrofização da dor, a catastrofização parental acerca da dor dos filhos demonstrou-se significativamente mais elevada do que a catastrofização da dor reportada pelos jovens, sendo ainda observadas associações positivas entre a catastrofização parental e a Magnificação dos filhos.

Os resultados sustentam a importância de uma abordagem multi-informantes na avaliação da dor adolescente, integrando a perspetiva dos pais sobre a dor e as crenças parentais de catastrofização relativas à dor dos filhos.

**Palavras-chave:** Dor crónica, *Coping*, Catastrofização, Adolescentes, Pais

### Abstract

The main goal of this study was to analyze whether the parents are good informants of their children's pain and their coping strategies, as well exploring the beliefs of parental catastrophizing about the children's pain and the association between these beliefs with the pain and catastrophizing experienced by children with chronic pain.

The total sample included 36 adolescents, diagnosed with chronic pain and aged between 12 and 19 years ( $M=15,56$ ;  $DP=2,02$ ), and their parents (30 mothers, 4 fathers, 2 family members identified as principal caregivers). Data was collected in the rheumatology consultation of the Hospital Santa Maria. The adolescents and their parents evaluated the intensity of the pain by the Visual Analogue Scale (VAS), filled in the Pain Coping Questionnaire (PCQ), the adolescent's version and the parent's version, and Pain Catastrophizing Scale (PCS), the adolescent's version and the parent's version.

The evaluation of adolescents were consistent with the evaluation of parents about the intensity of adolescent's pain. The reports of the adolescents and the parents about the coping strategies were also mostly consistent, with the exception of the emotion-focused avoidance and the internalizing subscale, with parents overestimating the use of these strategies when compared with the adolescents self-report. About the pain catastrophizing, parental catastrophizing about the children's pain demonstrated to be significantly higher than catastrophizing pain reported by adolescents. Positive associations between parental catastrophizing and adolescent's Magnification are still observed.

The results support the importance of a multi-informant approach in the evaluation of adolescent pain, integrating parent's perspective about their child's pain and their catastrophizing beliefs about pain.

**Keyword:** Chronic pain, *Coping*, Catastrophizing, Adolescents, Parents

## Índice

<b>I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
1.1. Introdução.....	1
1.2. Dor crónica nos adolescentes .....	1
1.3. Perceção parental da dor no filho adolescente.....	3
1.4. <i>Coping</i> com a dor na adolescência .....	4
1.5. Perceção parental do <i>coping</i> do filho adolescente com a dor crónica: consistência entre a avaliação dos pais e dos jovens.....	7
1.6. Catastrofização da dor .....	9
1.7. Catastrofização parental acerca da dor dos filhos .....	10
1.8. Objetivos do estudo .....	12
<b>II. MÉTODO E INSTRUMENTOS.....</b>	<b>13</b>
2.1. Amostra .....	13
2.2. Instrumentos .....	13
2.2.1. Questionário Sociodemográfico .....	13
2.2.2. Escala Visual Analógica de Dor .....	13
2.2.3. Questionário de Coping na Dor – Versão para os jovens .....	14
2.2.4. Questionário de Coping na Dor – Versão para os pais .....	15
2.2.5. Escala de Catastrofização da Dor – Versão para os jovens .....	16
2.2.6. Escala de Catastrofização da Dor – Versão para os pais .....	17
2.3. Procedimento .....	18
2.4. Análise de Dados .....	19
<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
3.1. Caracterização da amostra.....	20

3.2. Estudo preliminar das escalas .....	21
3.2.1. Questionário de <i>Coping</i> na Dor (versão para os jovens e versão para os pais)....	21
3.2.2. Escala de Catastrofização da Dor (versão para os jovens e versão para os pais) .	22
3.3. Autorrelato dos jovens: caracterização das dimensões avaliadas, análise de diferenças segundo variáveis sociodemográficas e associações entre as variáveis .....	23
3.3.1. Níveis de dor.....	23
3.3.1.1. Caracterização dos níveis de dor autoavaliados .....	23
3.3.1.2. Caracterização dos níveis de dor segundo variáveis sociodemográficas	24
3.3.1.2.1. Género e níveis de dor .....	24
3.3.1.2.2. Idade e níveis de dor .....	25
3.3.2. Estratégias de <i>coping</i> com a dor .....	25
3.3.2.1. Caracterização das estratégias de <i>coping</i> reportadas pelos jovens .....	25
3.3.2.2. Estratégias de <i>coping</i> segundo variáveis sociodemográficas .....	26
3.3.2.2.1. Género e estratégias de coping .....	26
3.3.2.2.2. Idade e estratégias de <i>coping</i> .....	27
3.3.3. Catastrofização da dor .....	29
3.3.3.1. Caracterização dos níveis de catastrofização da dor reportados pelos jovens.....	29
3.3.3.2. Catastrofização da dor segundo variáveis sociodemográficas.....	30
3.3.3.2.1. Género e catastrofização da dor.....	30
3.3.3.2.2. Idade e catastrofização da dor.....	31
3.3.4. Associações entre as variáveis reportadas pelos jovens .....	31
3.3.4.1. Níveis de dor e estratégias de <i>coping</i> .....	31
3.3.4.2. Níveis de dor e catastrofização da dor .....	32
3.3.4.3. Estratégias de <i>coping</i> e catastrofização da dor .....	33
3.4. Relatos parentais acerca da dor dos filhos: análise de diferenças e associação entre as variáveis avaliadas pelos pais.....	35
3.4.1. Níveis de dor segundo autoavaliações dos jovens e avaliações parentais .....	35

3.4.1.1. Análise de diferenças segundo variáveis sociodemográficas .....	36
3.4.1.1.1. Género dos filhos e níveis de dor .....	36
3.4.1.1.2. Idade dos filhos e níveis de dor .....	37
3.4.2. Estratégias de <i>coping</i> segundo autorrelatos dos jovens e relatos parentais .....	37
3.4.2.1. Análise de diferenças segundo variáveis sociodemográficas .....	41
3.4.2.1.1. Género dos filhos e estratégias de <i>coping</i> reportadas .....	41
3.4.2.1.2. Idade dos filhos e estratégias de <i>coping</i> reportadas .....	41
3.4.3. Associações entre as variáveis reportadas pelos pais .....	42
3.4.3.1. Níveis de dor e estratégias de <i>coping</i> segundo relatos parentais .....	42
3.5. Catastrofização parental acerca da dor dos filhos .....	43
3.5.1. Caracterização dos níveis de catastrofização parental .....	43
3.5.2. Análise das diferenças e estudo das associações .....	44
3.5.2.1. Análise de diferenças segundo variáveis sociodemográficas .....	45
3.5.2.1.1. Género dos filhos e catastrofização da dor .....	45
3.5.2.1.2. Idade dos filhos e catastrofização da dor .....	45
3.5.2.2. Associação entre a catastrofização e os níveis de dor .....	46
<b>IV. DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
4.1. Caracterização dos níveis de dor da amostra adolescente .....	47
4.1.1. Serão os pais bons informadores acerca da dor dos filhos? .....	48
4.2. Caracterização das estratégias de <i>coping</i> com a dor da amostra adolescente .....	49
4.2.1. Serão os pais bons observadores das estratégias de coping com a dor dos filhos? .....	50
4.3. Caracterização da catastrofização da dor na amostra adolescente .....	51
4.3.1. Catastrofização parental acerca da dor dos filhos .....	52
<b>V. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
<b>V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>



## Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1: Distribuição dos diagnósticos médicos dos jovens.....	20
Tabela 2: Análise da consistência interna para o questionário PCQ na versão para os jovens e na versão para os pais.....	22
Tabela 3: Análise de consistência interna para o questionário PCS na versão para os jovens e na versão para os pais, escala total e subescalas.....	23
Tabela 4: Medidas de tendência central e de dispersão da VAS.....	23
Tabela 5: Correlações entre os níveis de dor autoavaliados pelos jovens nos três momentos.....	24
Tabela 6: Análise de diferenças dos níveis de dor em função do gênero dos jovens..	25
Tabela 7: Estatística descritiva das estratégias de <i>coping</i> reportadas pelos jovens....	26
Tabela 8: Análise de diferenças das estratégias de <i>coping</i> com a dor em função do gênero.....	27
Tabela 9: Análise de diferenças das estratégias de <i>coping</i> com a dor em função da idade.....	28
Tabela 10: Estatística descritiva da catastrofização da dor dos jovens.....	29
Tabela 11: Correlações entre os relatos dos jovens acerca da catastrofização da dor, escala total e subescalas.....	30
Tabela 12: Análise de diferenças da catastrofização da dor em função do gênero....	30
Tabela 13: Análise de diferenças da catastrofização da dor em função da idade.....	31
Tabela 14: Correlações entre os níveis de dor e as estratégias de <i>coping</i> segundo autorrelatos dos jovens.....	32
Tabela 15: Correlações entre os níveis de dor e os níveis de catastrofização da dor dos jovens.....	33
Tabela 16: Correlações entre as estratégias de <i>coping</i> e a catastrofização da dor reportadas pelos jovens.....	34
Tabela 17: Estatística descritiva dos níveis de dor segundo os jovens e relatos parentais e análise de diferenças.....	36

Tabela 18: Correlações entre os níveis de dor autoavaliados pelos jovens e avaliados pelos pais.....	36
Tabela 19: Análise de diferenças das estratégias de <i>coping</i> reportadas pelos jovens e pelos pais.....	38
Tabela 20: Correlações entre as estratégias de <i>coping</i> autorrelatadas pelos jovens e relatadas pelos pais.....	40
Tabela 21: Análise de diferenças das estratégias de <i>coping</i> reportadas pelos pais em função da idade dos filhos.....	42
Tabela 22: Correlações entre a intensidade da dor e as estratégias de <i>coping</i> , ambas avaliadas pelos pais.....	43
Tabela 23: Estatística descritiva da catastrofização parental acerca da dor dos filhos	44
Tabela 24: Análise de diferenças entre a catastrofização da dor do jovem e da catastrofização parental acerca da dor do filho.....	44
Tabela 25: Correlações entre a catastrofização total e subescalas dos jovens e dos pais em relação à dor dos filhos.....	45
Tabela 26: Correlações entre os níveis de dor reportados pelos jovens e a catastrofização parental da dor.....	46
Figura 1: Gráfico Box Plot comparativo dos níveis de dor relatados pelos jovens e pelos pais.....	35

## **I. Enquadramento Teórico**

### **1.1. Introdução**

A *International Association for the Study of Pain* define dor como uma “*experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou antecipada, ou descrita em termos de tal lesão*” (1994, p. 210). A definição enquadra a perspetiva subjetiva inerente à experiência de dor, assim como a variabilidade individual nos relatos da mesma.

A dor aguda representa um mecanismo de alerta perante uma ameaça ao organismo (e.g., queimadura, traumatismo, etc.), tendo, portanto, uma relação identificável com essa ameaça, lesão ou doença, e uma duração limitada no tempo. A experiência de dor que perde a sua função de alerta, dando lugar a uma experiência dolorosa desnecessária, persistindo para além do tempo de cura esperado da lesão que a origina, ou sem qualquer lesão associada, representa o quadro de dor crónica. Esta é definida como uma dor recorrente ou persistente, sendo o seu critério temporal definido como superior a três meses (*International Association for the Study of Pain*, 1994).

Vários autores (Niv & Devor, 2004) perspetivam a dor crónica como uma doença por si só, ao contrário de um simples sintoma. A experiência de dor nestes termos não apresenta quaisquer vantagens adaptativas, apresentando repercussões físicas e psicológicas para o indivíduo, nomeadamente o sofrimento, problemas de sono, ansiedade e depressão (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, s/d).

### **1.2. Dor crónica nos adolescentes**

A dor crónica é uma queixa comum na população pediátrica (Perquin et al., 2000; Stanford, Chambers, Biesanz & Chen, 2008; King et al., 2011).

Estudos relacionados com a prevalência da dor crónica pediátrica relatam percentagens entre os 15% e os 25% (Goodman & McGrath, 1991; King et al., 2011; Perquin et al., 2000) sendo que os relatos mais frequentes estão associados a dores nos membros (47%), dores de cabeça (43%) e dores abdominais (34.3%) (Perquin et al., 2000; Huguet & Miró, 2008). Cerca de 8% da população pediátrica com dor crónica, reporta ainda dores severas (Perquin et al., 2000). Apesar dos valores variarem ligeiramente, estes tendem a aumentar durante a adolescência (Stanford et al., 2008). Alguns estudos apontam ainda para diferenças de género, sendo que as raparigas

reportam mais dores do que os rapazes (Perquin et al., 2000; Huguet & Miró, 2008; Stanford et al., 2008; King et al., 2011).

A dor crónica pediátrica é resultado de uma integração dinâmica de processos biológicos (e.g., responsividade neuronal a estímulos dolorosos e não dolorosos), fatores psicológicos e socioculturais (e.g., fadiga, problemas do sono, distúrbios de humor e cognitivos), num enquadramento e numa trajetória desenvolvimentista (Palermo et al., 2012).

A dor crónica acarreta implicações funcionais e desenvolvimentistas no adolescente (King et al., 2011). A experiência de dor recorrente e/ou persistente pode levar a problemas físicos e psicológicos a curto e longo prazo, na vida do jovem assim como na vida familiar (Haraldstad, Sørum, Eide, Natvig & Helseth, 2011). Os adolescentes com dor crónica reportam frequentemente limitações físicas, nomeadamente na redução de atividade física (O'Sullivan, Beales, Jensen, Murray & Myers, 2011) e problemas do sono (Owens, 2007); alterações nas atividades escolares, nomeadamente o absentismo escolar, que se traduz no decréscimo de competências académicas e também competências sociais, dado que a escola é um importante contexto de socialização (Reid, Lang & McGrath, 1997; Walker, Guite, Duke, Barnard, & Greene, 1998). No domínio psicossocial, os jovens com dor crónica tendem a apresentar uma maior suscetibilidade para a depressão e ansiedade, assim como maior sensibilidade à dor (Andrasik et al., 1988; Conte, Walco, & Kimura, 2003) e valores mais elevados de queixas somáticas (O'Sullivan et al., 2011). A dor crónica nos adolescentes resulta também no recurso frequente ao sistema de saúde e uso constante de medicamentos (Perquin et al., 2000).

As consequências da dor crónica no adolescente e limitações associadas são vivenciadas também pelas famílias (Hunfeldt et al., 2001; Palermo & Eccleston, 2009; Simons, Logan, Chastain, & Stein, 2010). A revisão de Lewandowski, Palermo, Stinson, Handley & Chambers (2010) destaca que famílias com jovens com dor crónica revelam um funcionamento familiar mais pobre, menor coesão familiar, menor organização, mais conflitos e níveis elevados de sofrimento emocional. Os pais de jovens com dor crónica reportam ainda restrições na vida social, níveis elevados de stresse associado ao papel parental, sintomas depressivos e de ansiedade (Eccleston, Crombez, Scotford, Clinch & Connel, 2004).

A dor crónica é comum em várias condições médicas crónicas (Stevens & Zempsky, 2013). Concretamente, a dor musculoesquelética, estudada neste trabalho, é caracterizada como dor muscular, local ou geral, porém incomum (Las, s/d). Este tipo de dor é característico de certas doenças como a fibromialgia e a artrite idiopática juvenil.

Porém, a etiologia deste tipo de dor crónica pediátrica não é totalmente clara (Puccini & Bresolin, 2003; De Inocencio, 2004; O'Sullivan et al., 2011). Assim, a etiologia da dor crónica musculoesquelética tem sido considerada como envolvendo um componente psicossocial e multidimensional (O'Sullivan et al., 2011, Malleson, Connell, Bennett & Eccleston, 2001), caracterizado por fatores intrínsecos, entre eles um baixo limiar da dor, hiper mobilidade articular, baixa perceção de controlo da dor e uso de estratégias de *coping* desadaptativas; e por fatores extrínsecos, como experiências de dor anteriores, modelagem parental de comportamentos de dor e resposta parental face aos comportamentos de dor dos jovens, problemas de sono e pouco exercício físico (Malleson et al., 2001).

A dor musculoesquelética é uma queixa comum, transversal a crianças e jovens de todas as idades, sendo que os estudos encontram uma maior prevalência no sexo feminino e um aumento com a idade. Verificou-se uma prevalência da dor musculoesquelética pediátrica entre 4 a 40% (King et al. 2011).

### **1.3. Perceção parental da dor no filho adolescente**

A família é um contexto de socialização importante para a criança, onde esta aprende acerca da dor (e.g., aplicação e interpretação da palavra “dor” aos episódios que vivencia) e recebe suporte para a mesma (McGrath, 2008). É a família, particularmente os pais, que tomam a iniciativa e responsabilidade pela primeira avaliação da dor e procura de cuidados (Birnie, Boerner & Chambers, 2013). Os pais tornam-se observadores da experiência de dor e fornecedores de informação acerca da mesma perante os profissionais de saúde.

Assim, tende-se a questionar os pais acerca da dor dos filhos (Birnie et al., 2013). No entanto, vários estudos mostram que os pais tendem a subestimar a dor dos filhos, atribuindo valores de intensidade mais baixos, comparativamente aos valores relatados

pelos próprios jovens (Chambers, Reid, Craig, McGrath & Finley, 1998; Waters, Stewart-Brown & Fitzpatrick, 2003; Sundblad, Saartok & Engström, 2006).

Não se sabe com clareza que fatores poderão estar na base dos desvios na estimativa da dor dos filhos por parte dos pais (Goubert, Vervoot, Cano & Crombez, 2009), muito devido à natureza subjetiva da experiência de dor (Haraldstad et al., 2011). Vários autores mostram que pais e filhos tendem a demonstrar maior concordância na avaliação dos comportamentos observáveis (e.g., perturbações externalizantes) comparativamente a comportamentos e fenómenos internos (Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover & Kala, 1986; Herjanic & Reich, 1982). No caso das perturbações de ansiedade, enquadradas nas perturbações internalizantes, verifica-se uma subvalorização da sintomatologia por parte dos pais (Muris, Merckelbach, Van Brakel & Mayer, 1999; Cosi, Canals, Hernández-Martínez & Vigil-Colet, 2010; Pereira et al., 2015), sendo que o mesmo se observa para a sintomatologia depressiva (Muris, Meesters & Schouten, 2002). Atendendo à importância dos aspetos subjetivos e internos da dor, estes poderão fundamentar a baixa concordância entre pais e filhos num fenómeno como a dor crónica adolescente.

#### **1.4. *Coping* com a dor na adolescência**

As condições médicas crónicas e a dor associada representam fontes significativas de stresse para os jovens e para os seus pais, o que se pode refletir em problemáticas emocionais e comportamentais, principalmente quando são adotadas estratégias desadaptativas de confronto. É, portanto, essencial compreender como é que os jovens lidam com a dor, para conhecer melhor o processo de adaptação à situação de dor crónica (Compas, Jaser, Dunn & Rodriguez, 2012).

O Modelo de Stresse e Coping de Lazarus e Folkman (1984) fornece um quadro teórico para o estudo das estratégias de *coping* mobilizadas perante situações de stresse, nomeadamente a experiência pessoal de stresse, a avaliação dos recursos, assim como os pensamentos e comportamentos mobilizados para lidar com a situação (Dysvik, Natvig, Eikeland & Lindstrøm, 2004).

Lazarus & Folkman (1984, p. 141) definem *coping* como “*esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, para lidar com exigências (internas e/ou externas) específicas que são avaliadas como excedendo os recursos pessoais*”.

Segundo este modelo, a avaliação cognitiva que o indivíduo faz da situação determina o significado da relação pessoa - ambiente e a resposta emocional que é adotada para lidar com a mesma (Dysvik et al., 2004). O indivíduo avalia se existe risco para a sua integridade física e/ou psicológica (avaliação primária) e que recursos disponíveis possui (avaliação secundária) (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Dependendo da avaliação realizada pelo indivíduo, este mobilizará estratégias de *coping*, de forma a mediar os efeitos funcionais e emocionais da situação stressora (Lazarus & Folkman, 1984). É dada ênfase à percepção individual do evento, que é entendido de diferentes formas por diferentes indivíduos (Glanz & Schwartz, 2008).

O modelo conceitualiza as estratégias de *coping* com foco em dois objetivos principais: estratégias focadas nas emoções (regulação das emoções despoletadas pela situação indutora de stresse) e estratégias focadas no problema (alteração da situação indutora de stresse). Assim, as estratégias focadas nas emoções serão provavelmente mais adaptadas face a eventos incontroláveis e que não são possíveis de modificar pela pessoa; enquanto as estratégias focadas no problema serão mais adaptadas quando a situação pode ser modificada ou controlável (Lazarus & Folkman, 1984).

Nas últimas décadas, vários autores têm interpretado a conceptualização do *coping* numa abordagem desenvolvimentista (Skinner & Wellborn, 1994; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), tendo a sua conceptualização sido estruturada na ideia de *coping* como “*regulação em situações de stresse*” (Compas et al., 2001). Compas e colaboradores (2001, p.89) definem *coping* como “*esforços conscientes e volitivos para regular emoções, cognições, comportamentos, fisiologia e ambiente, em resposta aos eventos e circunstâncias stressantes*”. Skinner & Wellborn (1994, p.113) conceitualizam o *coping* como a medida em que “*as pessoas mobilizam, guiam, gerem e direcionam o seu comportamento e emoções*” em circunstâncias indutoras de stresse.

A conceptualização do conceito de *coping* em crianças e adolescentes como um processo de regulação psicológica e fisiológica, incluindo emoções, comportamentos, atenção e cognição, enfatiza a relação entre estes sistemas regulatórios e como, em conjunto, lidam com situações stressantes, incluindo os efeitos dos esforços para regular interações com os outros e com o ambiente (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Assim, o *coping* é influenciado pelo desenvolvimento de capacidades cognitivas e comportamentais para a regulação do self e do ambiente. De acordo com a perspectiva

desenvolvimentista, o nível de desenvolvimento biológico, cognitivo, social e emocional do jovem sustenta as estratégias de *coping* mobilizadas pelo mesmo (Compas et al., 2001).

Devido à multiplicidade de estratégias de *coping* identificadas na literatura, vários autores têm agrupado as diversas estratégias segundo “*Famílias de Coping*”, também denominadas por categorias de primeira ordem (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Skinner, Edge, Altman & Sherwood (2003), numa revisão exaustiva da literatura, formulam doze categorias de estratégias de *coping*: Resolução de Problemas; Procura de Informação; Desamparo; Fuga; Autoconfiança; Procura de Suporte; Isolamento Social; Acomodação; Negociação; Submissão; Oposição. Cada categoria inclui estratégias de ordem inferior organizadas por funcionalidades adaptativas, sendo que a expressão das estratégias são definidas pelas capacidades desenvolvimentistas da criança e adolescente (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Por exemplo, a Acomodação engloba estratégias como a distração, a reestruturação cognitiva, a minimização e a aceitação; a Resolução de Problemas enquadra o planeamento, a elaboração de estratégias e a ação instrumental.

Os estudos desenvolvimentistas sobre o *coping* demonstram que o repertório tende a aumentar com a idade, sendo as ações instrumentais complementadas pelo planeamento e resolução de problemas de nível mais cognitivo, sendo estas as estratégias mais usadas pelos adolescentes (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). As estratégias distrativas tornam-se mais diversas, relativamente às crianças mais novas, pelo que os adolescentes recorrem tanto a técnicas distrativas cognitivas como comportamentais, ou ambas, conforme a especificidade do problema. Na procura de suporte, as crianças mais novas tendem a procurar as figuras vinculares, enquanto os adolescentes optam por procurar suporte de forma mais seletiva e específica conforme o problema, optando mais vezes pelo suporte emocional dos pares (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). O aumento da capacidade metacognitiva e da consciência das próprias emoções fundamentam o uso de estratégias de regulação emocional sofisticadas (e.g., autoafirmações positivas). Contudo, com a capacidade de refletir acerca da própria emocionalidade, as estratégias focadas na emoção poderão introduzir outras vulnerabilidades emocionais, como a ruminação (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).



O adolescente desenvolve estratégias de *coping* diversas e flexíveis e uma maior capacidade para combinar estratégias de *coping* em resposta à situação stressante percebida (Compas et al., 2001). No entanto as estratégias mais simples, como a distração comportamental e a procura de suporte das figuras vinculares, ficam presentes no repertório, não desaparecem. Estas podem ser adaptativas em circunstâncias onde a fonte de stress está fora do controlo do adolescente (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Especificamente, no caso da dor crónica, é mais eficaz para o adolescente mobilizar estratégias de distração comportamental, como fazer uma atividade que goste, do que adotar estratégias cognitivas.

A dor crónica é frequentemente percebida pelos adolescentes como imprevisível e fora do seu controlo (Walker, Smith, Garber & Claar, 2007), e portanto como uma situação de stress. Nesse sentido, os modelos de *coping* têm sido aplicados ao estudo das estratégias usadas para enfrentar situações de dor. Vários autores demonstram que as estratégias de *coping* utilizadas estão relacionadas com a intensidade de dor experienciada, queixas somáticas, sintomatologia ansiogénica e depressiva, e ainda disfuncionalidade vivenciada (Compas et al., 2006; Walker et al., 2007; Claar, Baber, Simons, Logan & Walker, 2008). Os jovens com condições crónicas reportam significativamente menos confiança na sua capacidade para lidar com a dor, apresentando padrões de avaliação da situação stressora e de recursos disponíveis diferentes em relação a amostras pediátricas comunitárias (Walker et al., 2007). A perceção de incompetência e falta de autoeficácia no confronto com a dor influencia a resposta mobilizada pelo adolescente face à experiência dolorosa e promove emoções negativas (Walker et al., 2007), que por sua vez aumentam a intensidade da dor percebida pelo jovem.

### **1.5. Perceção parental do *coping* do filho adolescente com a dor crónica: consistência entre a avaliação dos pais e dos jovens**

Alguns autores têm estudado o impacto da família, nomeadamente a influência e perspetiva parental, nos comportamentos de dor dos filhos, demonstrando que os pais desempenham um papel importante na forma como os filhos lidam com a dor (Bennett-Branson & Craig, 1993; Claar, Simons & Logan, 2008), nomeadamente o reforço parental e a sua influência nos esforços do jovem para confrontar a dor.

Bennett-Branson & Craig (1993) estudaram a influência dos pais nas estratégias de *coping* dos filhos (em situação de dor pós-operatória) e a percepção dos pais sobre esse processo, revelando que os pais se percebem a eles mesmos como modelos de estratégias de *coping* para os filhos ao longo dos anos, sendo os métodos de transmissão verbal os mais referidos (preparação verbal, sugestões verbais e apoio verbal).

Claar e colaboradores (2008) demonstram que os pais podem influenciar a forma como os seus filhos confrontam e gerem a dor, na medida em que as crianças com dor crónica cujos pais se revelam excessivamente protetores ou críticos da dor dos filhos (e.g., minimização da dor) tendem a experienciar um nível mais elevado de disfuncionalidade e queixas somáticas, sendo esta associação mais notória em crianças que apresentam níveis elevados de stresse emocional. O reforço parental das queixas de dor e a resposta às mesmas encontra-se relacionado com o absentismo escolar (Levy, 2011).

Reid, Chambers, McGrath & Finley (1998) estudaram as perspetivas parentais e as perspetivas das crianças acerca da frequência com que mobilizam estratégias de *coping*, numa situação de dor. Verificaram poucas diferenças entre os relatos parentais e os relatos das crianças acerca da frequência com que as crianças mobilizam diferentes estratégias de *coping* com a dor, existindo apenas diferenças nas estratégias de resolução de problemas e autoafirmações positivas, devido à sua dimensão cognitiva e interna, pelo que os pais têm menos consciência acerca da utilização destas por parte dos seus filhos. Ao encontro destes resultados, Compas e colaboradores (2006) salientam que, como a dor está associada a efeitos psicológicos de natureza internalizante (e.g., stresse, ansiedade), estes sintomas podem ser menos aparentes para os observadores, comparativamente aos sintomas externalizantes, como o comportamento agressivo. Assim, os pais serão melhores informantes acerca dos aspetos observáveis do *coping*, enquanto as crianças e os adolescentes serão mais capazes de reportar os aspetos mais internos do *coping* e sintomatologia associada à dor.

Os relatos parentais são importantes na medida em que geralmente são os pais quem inicia a procura de cuidados de saúde, além de que permitem aceder às perspetivas parentais acerca do funcionamento psicossocial dos filhos (Thomsen et al., 2002). Porém, a frequência das estratégias de *coping* com a dor utilizadas por adolescentes é geralmente avaliada através de uma única fonte de informação

(geralmente o jovem ou um dos pais), sendo raramente analisada em consistência entre vários informadores (e.g., incluindo os pais).

### 1.6. Catastrofização da dor

A catastrofização, segundo o modelo cognitivo de Aaron Beck, é um pensamento negativo automático, produto de distorções cognitivas na avaliação das situações. Beck (1976) descreve a catastrofização como um pensamento automático antecipatório da consequência mais desfavorável e exagerada de um acontecimento, sendo este resultado percebido como fora do controlo do indivíduo. A catastrofização, assim como as demais distorções cognitivas, afeta a capacidade de avaliar objetivamente uma situação e, consequentemente, a visão dos acontecimentos torna-se enviesada e a leitura dos mesmos desadaptativa (Knapp & Beck, 2008).

Vários autores têm focado o papel da catastrofização, e o efeito da mesma, nos estudos sobre a dor. Sullivan e colaboradores (2001, p.53) define catastrofização da dor como um “*estado mental negativo e exagerado relativamente a uma experiência de dor, atual ou antecipada*”. A maximização, a ruminação e o desamparo surgem como dimensões integradas no conceito de catastrofização da dor. A maximização reflete-se no pensamento focado na ampliação e exagero da intensidade e gravidade da dor percebida; a ruminação nos pensamentos negativos predominantes; e o desamparo no sentimento de que é dominado pela dor, i.e., a pessoa avalia negativamente a sua capacidade para lidar com a experiência dolorosa (Chaves & Brown, 1985; Spanos, Radtke-Bodorik, Fergusson & Jones, 1979; Sullivan, Bishop & Pivik, 1995).

Sullivan e colaboradores (2001) ilustra a catastrofização da dor e o seu desenvolvimento numa fase precoce da vida, sendo mantida através das experiências de vida (e.g., reforço e modelagem de comportamentos de dor, como chorar, gritar, verbalizações). A catastrofização da dor apresenta-se como um estilo cognitivo reativo ao contexto – neste caso, uma situação de dor. Revela-se menos estável, e portanto mais maleável, do que um traço de personalidade (Sullivan et al., 2001).

A maioria dos estudos sobre catastrofização na dor crónica, conceitualiza o conceito como uma estratégia de *coping* (Reid et al., 1998, Walker et al., 2008). Contudo, diversos autores enfatizam que a catastrofização não é orientada para um

objetivo específico, pelo que, desta forma, é tida como distinta dos esforços autorregulatórios que definem as estratégias de *coping* (Haythornthwaite & Heinberg, 1999; Thorn, Rich, Boothby, 2000). Além disso, indivíduos catastrofizantes e indivíduos não catastrofizantes não diferem nas estratégias de *coping* utilizadas, existindo apenas diferenças entre o número de estratégias de *coping* utilizadas e a redução da dor (Spanos et al., 1979). Uma possível explicação parte de que as estratégias cognitivas são eficazes na medida em que “afastam” a atenção da dor, no entanto, indivíduos catastrofizantes tendem a focar os aspetos desagradáveis da experiência dolorosa, pelo que estas estratégias tornam-se pouco duradouras e portanto pouco eficientes (Spanos et al., 1979).

Mais recentemente, diversos investigadores têm focado o papel da catastrofização da dor em amostras clínicas pediátricas (Crombez et al., 2003; Vervoort, Goubert, Eccleston, Bijttebier & Crombez, 2006). Têm sido encontradas associações entre a catastrofização e maior intensidade de dor e disfuncionalidade reportada (Crombez et al., 2003), assim como associação com queixas somáticas diversas e severas (Vervoort et al., 2006). O pensamento catastrófico acerca da dor está relacionado com sintomas ansiogénicos e humor deprimido em adolescentes com dor crónica (Eccleston et al., 2004).

Os estados emocionais negativos associados ao pensamento catastrófico podem influenciar a capacidade do adolescente para adotar estratégias de *coping* eficazes no confronto com a dor (Claar, et al., 2008). Quando a dor é percecionada pelos jovens como muito intensa e fora do seu controlo, estes tendem a relatar pouca capacidade para lidar com a dor e a adotar estratégias de *coping* passivo, i.e., esforços para evitar ou negar a fonte de stresse (Walker, Smith, Garber & Claar, 2005).

### **1.7. Catastrofização parental acerca da dor dos filhos**

Numa dimensão inter-individual e tendo em conta a relevância da influência parental no desenvolvimento das crenças de dor dos filhos, é importante averiguar o papel da catastrofização parental acerca da dor dos filhos e o impacto do mesmo no bem-estar parental, assim como nos comportamentos de dor dos jovens (Goubert, Eccleston, Vervoort, Jordan & Crombez, 2006). Sabe-se que o pensamento catastrófico

dos pais acerca da dor dos filhos tem um impacto negativo tanto para os pais como para os filhos (Vervoort et al., 2011).

Estudos recentes, em amostras com pais e jovens com dor crónica, revelam que pais que catastrofizam mais acerca da dor dos filhos tendem a reportar níveis mais elevados de stresse parental, ansiedade e depressão (Goubert et al., 2006; Goubert, Vervoort, Sullivan, Verhoeven & Crombez, 2008). A catastrofização parental também explica a disfuncionalidade da dor reportada, tanto pelo jovem como pelos pais, e o absentismo escolar (Goubert et al., 2006).

A investigação demonstra ainda que a catastrofização parental em relação à dor dos filhos está relacionada com respostas parentais superprotetoras, como a maior tendência em restringir o envolvimento dos filhos em atividades (Caes, Vervoort, Eccleston, Vandenhende & Goubert, 2011; Guite, McCue, Sherker, Sherry & Rose, 2011). É importante salientar que, por sua vez, o stresse parental e as respostas parentais superprotetoras têm sido associadas a consequências negativas - e.g., disfuncionalidade e queixas somáticas - em jovens com dor crónica (Logan & Scharff, 2005; Claar, Simons & Logan, 2008).

Podemos encontrar algumas diferenças entre a catastrofização materna e a catastrofização paterna. As mães tendem a ser mais catastrofizantes, o que se deve essencialmente à diferença significativa na subescala Ruminação, comparativamente com os pais. Os pensamentos persistentes acerca da dor do filho contribuem para uma maior intensidade de dor reportada, associada ao viés atencional, i.e., atenção constante à dor, que caracteriza os pensamentos ruminantes acerca da experiência dolorosa (Hechler et al., 2010).

Vários investigadores têm estudado o papel da catastrofização parental na congruência entre pais e filhos relativamente à avaliação da dor. Como supracitado, os pais tendem a subestimar a dor dos filhos (Chambers et al., 1998). No entanto, valores elevados na catastrofização da dor acerca dos filhos, por parte dos pais, têm sido relacionados com o reporte de valores mais elevados de dor dos filhos e, portanto, uma maior congruência entre os relatos da intensidade da dor filhos-pais (Goubert, Vervoort, Cano & Crombez, 2009). Em contrapartida, níveis baixos na catastrofização da dor por parte da criança foram associados a uma maior concordância nos relatos da intensidade da dor entre filhos e pais (Vervoort, Goubert & Crombez, 2009). Assim, a

catastrofização da dor pediátrica por parte dos jovens e por parte dos pais parece ter um papel importante, mas complexo, na avaliação parental da intensidade da dor (Birnie et al., 2013).

### 1.8. Objetivos do estudo

São cada vez mais os autores a interessarem-se pelo estudo da dor crónica em amostras pediátricas. A maioria dos estudos recorre a uma única fonte de informação, geralmente a criança com dor ou os pais, sendo em menor número os estudos que abrangem ambas as fontes de informação, em amostras adolescentes e respetivos pais.

Desta forma, a presente investigação tem como objetivo principal contribuir para o conhecimento do papel dos pais na vivência da dor crónica dos filhos adolescentes. Pretendemos analisar se os pais são bons informadores acerca da dor dos filhos adolescentes e sobre as suas estratégias de *coping* com a dor; e explorar as crenças de catastrofização parental sobre a dor dos filhos e a associação entre estas crenças e a dor e crenças de catastrofização experienciadas pelos filhos.

O objetivo principal é operacionalizado em três objetivos específicos:

- 1) Caracterização da experiência de dor dos jovens em acompanhamento numa consulta de reumatologia e, com diagnóstico de dor crónica, tendo como foco a intensidade da dor, as estratégias de *coping* mobilizadas para lidar com a dor e as crenças de catastrofização da dor;
- 2) Caracterização da perceção parental sobre a dor e as estratégias de *coping* com a dor adotadas pelos filhos;
- 3) Análise da relação entre os níveis de catastrofização parental acerca da dor dos filhos, e os níveis de dor e de catastrofização da dor dos filhos.

Para responder a estes três objetivos, obtiveram-se relatos de ambos os informadores – jovens e pais – acerca da experiência de dor de um grupo de jovens acompanhados numa consulta de reumatologia.

## **II. Método e Instrumentos**

### **2.1. Amostra**

A amostra clínica, de conveniência, foi constituída por 36 jovens com idade compreendida entre os 12 e 19 anos, dos quais 24 eram raparigas, inscritos na Consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria. Os critérios de inclusão incluíram a presença de diagnóstico de dor crónica ou condição médica crónica que tenha associada dor persistente e/ou recorrente e a compreensão do português falado e escrito. A amostra incluiu também o cuidador que acompanha o jovem à consulta.

### **2.2. Instrumentos**

#### **2.2.1. Questionário Sociodemográfico**

Foram recolhidos dados sociodemográficos relativos ao jovem, nomeadamente, a idade, o género, a escolaridade, diagnóstico clínico, há quanto tempo tem conhecimento do diagnóstico e se toma medicação.

Relativamente ao cuidador foram recolhidos dados acerca do grau de escolaridade, existência de alguma doença crónica e de dor crónica ou recorrente.

#### **2.2.2. Escala Visual Analógica de Dor**

A Escala Visual Analógica (*Visual Analogic Scale* [VAS]) é um instrumento de autorrelato que permite uma avaliação subjetiva da dor. Consiste numa linha horizontal com 10 centímetros de comprimento, com as designações “*Sem Dor*” na extrema direita e “*Dor Máxima*” na extrema esquerda. Pede-se ao participante que mova o cursor de forma a marcar, no contínuo da escala, e o mais fielmente possível, a intensidade de dor sentida. Seguidamente mede-se a distância entre a extrema direita da régua (correspondente a zero) e o ponto assinalado, em centímetros e com uma casa decimal - quanto maior for a distância, maior é a dor reportada.

No presente estudo a VAS foi aplicada em relação a 3 momentos: dor percecionada no momento, a dor máxima nas duas últimas semanas e a dor média nas duas últimas semanas.

A VAS é considerada uma medida válida para crianças e adolescentes. Tendo em conta a complexidade concetual exigida para a compreensão da VAS, o instrumento tem sido recomendado para crianças com idade igual ou superior a 8 anos (Huguet, Stinson & McGrath, 2010), tendo em conta o desenvolvimento de competências cognitivas da criança (Shields, Palermo, Powers, Grewe & Smith, 2003; Stinson, Kavanagh, Yamada, Gill & Stevens, 2006).

Dos instrumentos de autorrelato relativos à intensidade da dor, as propriedades psicométricas da VAS têm sido das mais exploradas, com diversos autores a demonstrar a precisão, a validade de constructo e validade de critério do instrumento (Huguet et al., 2010). Em termos de precisão, os valores da VAS demonstram estabilidade ao longo de um período de duas semanas (McGrath, de Veber, Hearn, 1985, citado por Huguet et al., 2010), o que fundamenta as medidas da dor estudadas no presente estudo (dor atual, dor máxima e dor médias nas duas últimas semanas).

### **2.2.3. Questionário de Coping na Dor – Versão para os jovens**

O Questionário de *Coping* na Dor (*Pain Coping Questionnaire* [PCQ]) é um questionário de autorrelato desenvolvido por Reid (1998) com o objetivo de avaliar as estratégias de *coping* com a dor mobilizadas por crianças e adolescentes. Foi desenvolvido para crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos. O questionário é composto por 39 itens que avaliam a frequência com que a criança ou jovem pensa, diz ou faz determinados pensamentos, verbalizações ou comportamentos quando tem dores (e.g., “Faço perguntas sobre a dor”, “Vou brincar ou jogar”; “Esqueço o assunto”). Cada item é avaliado numa escala Likert de 5 pontos (de 1=Nunca a 5=Muito Frequentemente).

O questionário é composto por 8 subescalas (procura de informação; resolução de problemas; procura de suporte social; autoafirmações positivas; distração comportamental; distração cognitiva; externalização; internalização), que se agrupam em 3 escalas de ordem superior, identificadas a partir de análise fatorial, do estudo original realizado com uma amostra comunitária de crianças e adolescentes: Aproximação; Evitamento Focado no Problema; Evitamento Focado na Emoção. As 8 subescalas derivam de um estudo preliminar através da análise de clusters com uma amostra de jovens adultos saudáveis (Reid, Gilbert & McGrath, 1998).



No estudo original a análise da consistência interna revelou bons resultados para as 8 subescalas (Procura de Informação,  $\alpha = 0,79$ ; Resolução de Problemas,  $\alpha = 0,86$ ; Procura de Suporte Social,  $\alpha = 0,86$ ; Autoafirmações Positivas,  $\alpha = 0,82$ ; Distração Comportamental,  $\alpha = 0,78$ ; Distração Cognitiva,  $\alpha = 0,85$ ; Externalização,  $\alpha = 0,81$ ; Internalização,  $\alpha = 0,82$ ), assim como para as 3 escalas de ordem superior (Aproximação,  $\alpha = 0,89$ ; Evitamento Focado no Problema,  $\alpha = 0,86$ ; Evitamento Focado na Emoção,  $\alpha = 0,85$ ).

Em outro estudo de validação do PCQ, foram recolhidos relatos de crianças e adolescentes com artrite crónica. A análise fatorial dos 3 fatores de ordem superior revelou resultados semelhantes aos acima mencionados (Reid et al., 1998). Os 3 fatores de ordem superior justificaram 58% da variância dos dados e revelaram um bom ajuste aos dados ( $\chi^2 = 3,90$ ,  $P = 0,79$ ) (Reid et al., 1998).

#### **2.2.4. Questionário de Coping na Dor – Versão para os pais**

Os autores do PCQ criaram uma versão para os pais (Reid, Gilbert & McGrath, 1998), sendo que a principal diferença está relacionada com a formulação dos itens (e.g., “Quando o seu filho está magoado ou com dores durante algumas horas ou dias, ele...”), alterados para referenciar o filho (e.g., “ele preocupa-se com o facto de vir a ficar com dores para sempre”). As 8 subescalas foram desenvolvidas da mesma forma que o PCQ para crianças e adolescentes. A análise fatorial revelou a presença de 3 escalas de ordem superior, tal como na versão para crianças e adolescentes. As 3 escalas de ordem superior justificaram 61% da variância dos dados, e revelaram bom ajuste aos dados ( $\chi^2 = 2,77$ ,  $P = 0,91$ ). As 3 escalas não se revelaram inter-correlacionadas (Aproximação e Evitamento Focado no Problema,  $r = -0,07$ , Aproximação e Evitamento Focado na Emoção,  $r = 0,04$ ; Evitamento Focado no Problema e Evitamento Focado na Emoção,  $r = -0,19$ ) (Reid et al., 1998).

Os relatos dos pais e dos jovens correlacionaram-se significativamente nas escalas Evitamento Focado no Problema e Evitamento Focado na Emoção e nas respetivas subescalas, com exceção na subescala Distração Cognitiva ( $r = 0,18$ ), não revelando correlações significativas na escala de Aproximação ( $r = 0,10$ ): as subescalas Procura de Informação ( $r = 0,15$ ) e Autoafirmações Positivas ( $r = 0,01$ ) não revelam correlações

significativas; na subescala Resolução de Problemas e Procura de Suporte Social os relatos dos jovens e dos pais correlacionam-se (Reid et al., 1998).

### **2.2.5. Escala de Catastrofização da Dor – Versão para os jovens**

A Escala de Catastrofização da Dor (*Pain Catastrophizing Scale* [PCS]) é uma escala de autorrelato desenvolvida por Sullivan, Bishop & Pivik (1995). Na sua construção, os autores incorporaram estudos teóricos relativamente à definição do pensamento catastrófico acerca da dor (Chaves & Brown, 1987; Spanos et al., 1979), assim como alguns itens presentes em subescalas de catastrofização incluídas em outros instrumentos para a avaliação do *coping* com a dor (Coping Strategies Questionnaire de Rosenstiel & Keefe, 1983).

A escala é composta por 13 itens que avaliam o grau em que os indivíduos experienciam determinados pensamentos e sentimentos quando têm dor, numa escala Likert de 5 pontos. A cotação total do PCS varia entre 0 e 52 e é obtida através do somatório dos valores assinalados. Valores mais elevados demonstram níveis mais elevados de catastrofização. As subescalas são cotadas através do somatório dos itens específicos de cada dimensão (Ruminação: soma dos itens 8, 9, 10 e 11; Maximização: soma dos itens 6, 7 e 13; Desamparo: soma dos itens 1, 2, 3, 4, 5, e 12).

O PCS engloba uma escala total e 3 subescalas que avaliam a Ruminação, Maximização e Desamparo. No estudo original o instrumento apresentou resultados médios a bons na consistência interna (PCS Total,  $\alpha = 0,87$ ; Ruminação,  $\alpha = 0,87$ ; Maximização,  $\alpha = 0,66$ ; Desamparo,  $\alpha = 0,78$ ) (Sullivan et al., 1995).

Crombez e colaboradores (2003) desenvolveram uma versão do PCS para crianças e adolescentes e exploraram as suas propriedades psicométricas. Primeiramente verificaram se os 13 itens eram compreendidos por crianças a partir do 4º ano de escolaridade, prosseguindo com algumas alterações nos mesmos de forma a facilitar a sua leitura e compreensão (e.g., o item 4 foi reescrito; colocou-se “Quanto tenho dores...” no início de todos os itens; a escala Likert foi reformulada e simplificada: 0=Nunca; 1=Ligeiramente; 2=Moderadamente; 3=Severamente; 4=Extremamente).

Os estudos de validação do PCS-C (*Pain Catastrophizing Scale – Children*) realizados demonstram que a escala total e as subescalas apresentam consistência

interna, sendo que o PCS total apresenta consistência interna para cada faixa etária (9 anos ou menos,  $\alpha = 0,86$ ; 10 anos,  $\alpha = 0,88$ ; 11 anos,  $\alpha = 0,86$ ; 12 anos,  $\alpha = 0,84$ ; 13 anos,  $\alpha = 0,81$ ; 14 anos,  $\alpha = 0,84$ ; 15 anos ou mais,  $\alpha = 0,89$ ) (Crombez et al., 2003). No mesmo estudo de validação do PCS-C, a catastrofização da dor na amostra clínica revela-se ainda significativamente correlacionada com a intensidade de dor experienciada ( $r = 0,49$ ) e a disfuncionalidade ( $r = 0,50$ ). Os níveis de catastrofização de dor na amostra clínica são superiores ( $\bar{X}$  PCS = 21,88; DP = 11,44), comparativamente à amostra comunitária ( $\bar{X}$  PCS = 16,79; DP = 8,77) (Crombez et al., 2003).

#### **2.2.6. Escala de Catastrofização da Dor – Versão para os pais**

Goubert, Eccleston, Vervoort, Jordan & Combez (2006) desenvolveram a versão parental do PCS-P de forma a avaliar a catastrofização parental acerca da dor dos filhos

A escala é composta por 13 itens que avaliam pensamentos e sentimentos que os pais podem experienciar quando os filhos sentem dor, através de uma escala Likert de 5 pontos (de 0=Nunca a 4=Extremamente). O PCS-P engloba uma escala total (que varia de 0 a 52) e 3 subescalas: ruminação, maximização e desamparo. Valores mais elevados refletem maior catastrofização parental acerca da dor dos filhos.

O PCS-P foi adaptado tendo em conta as alterações realizadas no PCS-C, mencionado acima. Assim, todos os itens são precedidos de “Quando o meu filho tem dores...” e alguns dos itens (item 4, item 10 e item 12) foram reescritos de forma a refletir a catastrofização dos pais acerca da dor do filho.

De forma a estudar a validade do PCS-P os autores realizaram dois estudos, numa amostra comunitária e numa amostra clínica (i.e., pais com filhos diagnosticados com dor crónica) (Goubert et al., 2006). A escala total e as 3 subescalas, em ambas as amostras, revelam boa consistência interna ( $\alpha$  entre 0,78 e 0,93) e apresentam-se intercorrelacionadas. Na amostra clínica, verificou-se que a catastrofização parental acerca da dor dos filhos teve um contributo significativo para explicar o stresse parental, depois de controlada a intensidade de dor da criança; verificou-se ainda que a catastrofização parental explica significativamente a disfuncionalidade da criança e o absentismo escolar, para além da intensidade da dor da criança (Goubert et al., 2006).

O PCS-P mostrou bons indicadores de validade para pais de crianças de diferentes idades, com ou sem dor crónica e em diferentes culturas, inglesa e holandesa (Goubert et al, 2006).

### **2.3. Procedimento**

Este estudo insere-se num estudo mais abrangente sobre a dor na adolescência em curso na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Tendo em conta o carácter de continuidade da presente área de estudo face ao estudo realizado no ano anterior por Farias (2014), tendo sido previamente estabelecido protocolo com o Hospital Santa Maria de Lisboa e a aprovação do estudo perante a Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia de Lisboa, as investigadoras deslocaram-se à consulta de reumatologia pediátrica onde foi travado conhecimento e trocado contactos com a médica responsável.

Nas consultas externas de reumatologia pediátrica foi facultado às investigadoras os nomes dos pacientes que cumpriam os critérios de inclusão no estudo. Seguidamente os pais e o adolescente foram abordados enquanto aguardavam pela consulta de reumatologia e o estudo foi devidamente explicado. Os pais e o adolescente que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento informado e o assentimento informado, respetivamente. De seguida, foi pedido ao adolescente que preenchesse os questionários organizados na seguinte ordem: PCQ e PCS. Após a resposta aos questionários, foi pedido ao adolescente que indicasse, na VAS, a dor sentida no momento, a dor máxima nas duas últimas semanas e a dor média no mesmo período de tempo.

Enquanto o adolescente preenchia os questionários, foi pedido a um dos pais (que autoriza e aceita participar no estudo) que preenchesse o Questionário Sociodemográfico e a VAS relativa à dor que o pai considerava corresponder à sentida no momento pelo seu filho, a dor máxima e a dor média sentidas pelo filho nas duas últimas semanas. Pela mesma ordem, os pais preencheram os seguintes questionários: PCQ-P e PCS-P.

As investigadoras estiveram presentes em todos os momentos de recolha de dados de forma a esclarecer qualquer dúvida dos participantes.

Para efeitos de manutenção da confidencialidade dos dados recolhidos foi atribuído um código semelhante aos questionários do jovem e do respetivo progenitor.

## 2.4. Análise de Dados

Os dados recolhidos foram posteriormente transferido para formato informático através do sistema de leitura ótica Teleform. A análise foi realizada através do programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22 para Windows. Os dados omissos não foram considerados na análise.

Numa primeira fase, realizou-se a análise descritiva das variáveis em estudo de forma a compreender o comportamento da amostra.

Foram realizados estudos de análise da consistência interna (alfa de Cronbach) das subescalas e escalas de ordem superior do PCQ (versão para os jovens e para os pais) e da escala PCS e suas subescalas (versão para os jovens e para os pais).

Tendo em conta o estudo detalhado de cada item das escalas referidas, a amplitude das respostas por item e as correlações inter-item e item-total, assim como a análise da exclusão do item e a sua influência na consistência interna, não se verificou necessário retirar qualquer item.

Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov para averiguar a normalidade da amostra. Tendo em conta que os pressupostos da normalidade não se verificaram, foram utilizados testes não-paramétricos para averiguar diferenças e associações entre as variáveis.

Assim, foi realizado o teste de correlação de Spearman de forma a explorar possíveis associações entre as variáveis em estudo e o Teste de Wilcoxon para averiguar diferenças entre os níveis de dor, as estratégias de *coping* e a catastrofização da dor reportadas pelos jovens e pelos pais. Para avaliar diferenças em função das variáveis sociodemográficas (género e idade) foi utilizado o Teste de Mann-Whitney, por se tratar de grupos independentes.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Caracterização da amostra

A amostra incluiu 36 jovens, com idade média de 15,56 (DP = 2,02) sendo que 24 (67%) dos participantes pertencem ao sexo feminino. Relativamente à escolaridade, 5 jovens (13%) frequentava o 6º e 7º ano, 6 (17%) o 8º e 9º ano, 9 (25%) frequentava o 10º ano, 6 (17%) o 11º ano, 3 (8%) o 12º ano; 2 jovens (6%) têm o ensino secundário completo e 5 jovens (14%) não responderam. Da amostra final, 81% tinha conhecimento do diagnóstico clínico, sendo os diagnósticos variados, como se observa na Tabela 1. O diagnóstico mais comum era de Artrite Idiopática Juvenil, com 12 jovens diagnosticados com a doença, seguido de Lupus e de Doença de Behçet e Esclerose. Quanto à medicação, 56% dos jovens inquiridos realizava terapêutica continuada.

**Tabela 1**

*Distribuição dos diagnósticos médicos dos jovens*

	Frequência	Percentagem (%)
Artrite Idiopática Juvenil	12	33,3
Calcinose Cutânea	1	2,8
Doença de Behçet	2	5,6
Doença de Behçet, Fibromialgia e Asma <sup>a</sup>	1	2,8
Dor relacionada com pós-operatório	1	2,8
Esclerose	2	5,6
Lesão muscular	1	2,8
Lupus	3	8,3
Miopatia não definida	1	2,8
Nefrite tubulointersticial	1	2,8
Nefrocalcinose hipercalcúria	1	2,8
Osteomiolite crónica multifocal ativa	1	2,8
NR	2	5,6

<sup>a</sup> Foram listadas três patologias crónicas distintas pelo mesmo individuo

NR – Não responderam

Os cuidadores eram maioritariamente mães, sendo 30 no total (83%), 4 (11%) eram pais e 2 (6%) irmã e avó. Quanto à existência de doença crónica e dor crónica, 15 (42%) dos cuidadores referiu ter uma doença crónica e 12 (34%) referiram ter dor

crónica ou recorrente. No que diz respeito ao grau máximo de escolaridade dos cuidadores, 14 (39%) frequentou o ensino primário e o ensino básico, 14 (39%) o ensino secundário, 6 (17%) frequentou o ensino superior e 2 (6%) não responderam.

### **3.2. Estudo preliminar das escalas**

A análise de fiabilidade das medidas foi realizada com a amostra total (N=36), a fim de aferir a consistência interna, através do alfa de Cronbach, de cada uma das escalas e subescalas utilizadas.

#### **3.2.1. Questionário de *Coping* na Dor (versão para os jovens e versão para os pais)**

As subescalas e escalas de ordem superior do PCQ, tanto na versão para os jovens como na versão para os pais, apresentam alfas de Cronbach indicadores de consistência interna aceitável a boa, à exceção da subescala Internalização, na versão para os pais, que apresenta um alfa de Cronbach fraco ( $\alpha = 0,56$ ). Nesta subescala, o item 16 é o único que apresenta uma correlação item-total inferior a 0,20 e a sua exclusão faz aumentar a consistência interna da subescala ( $\alpha = 0,61$ ). No entanto, dado tratar-se de uma amostra pequena e sendo uma subescala com poucos itens, optou-se por manter a estrutura original da escala.

A Tabela 2 abaixo resume os níveis da consistência interna das subescalas e escalas de ordem superior, na versão para os jovens e na versão para os pais.

**Tabela 2**

*Análise da consistência interna para o questionário PCQ na versão para os jovens e na versão para os pais*

<i>Coping: subescalas e escalas de ordem superior</i>	<b>Versão Jovens</b>	<b>Versão Pais</b>
	$\alpha$	$\alpha$
<b>Aproximação</b>	<b>0,83</b>	<b>0,88</b>
Procura de Informação	0,80	0,63
Resolução de Problemas	0,81	0,76
Procura de Suporte Social	0,76	0,80
Autoafirmações Positivas	0,72	0,75
<b>Evitamento Focado no Problema</b>	<b>0,86</b>	<b>0,74</b>
Distração Comportamental	0,80	0,67
Distração Cognitiva	0,88	0,78
<b>Evitamento Focado na Emoção</b>	<b>0,86</b>	<b>0,70</b>
Externalização	0,90	0,84
Internalização	0,83	0,56

A análise de correlações relativamente aos relatos dos jovens nas três escalas de ordem superior do *coping* mostra que a escala Aproximação está negativamente correlacionada com a escala Evitamento Focado no Problema,  $r_s = -0,37$ ,  $p = 0,028$ , e a escala Evitamento Focado no Problema está negativamente correlacionada com a escala Evitamento Focado na Emoção,  $r_s = -0,37$ ,  $p = 0,027$ . Não se verificou associação entre a escala Aproximação e Evitamento Focado na Emoção ( $r_s = 0,07$ ,  $p = 0,683$ ).

A análise das correlações acerca dos relatos dos pais não apresentou associações entre nenhum das três escalas de ordem superior.

### **3.2.2. Escala de Catastrofização da Dor (versão para os jovens e versão para os pais)**

A análise dos alfas de Cronbach da escala da catastrofização da dor e respetivas subescalas revela uma boa consistência interna.

A Tabela 3 sintetiza os valores da consistência interna da escala total e das suas subescalas, na versão para os jovens e na versão para os pais.



**Tabela 3**

*Análise de consistência interna para o questionário PCS na versão para os jovens e na versão para os pais, escala total e subescalas*

Catastrofização e subescalas	Versão Jovens	Versão Pais
	$\alpha$	$\alpha$
<b>Total</b>	<b>0,91</b>	<b>0,89</b>
Ruminação	0,70	0,83
Magnificação	0,70	0,71
Desamparo	0,89	0,77

### 3.3. Autorrelato dos jovens: caracterização das dimensões avaliadas, análise de diferenças segundo variáveis sociodemográficas e associações entre as variáveis

#### 3.3.1. Níveis de dor

##### 3.3.1.1. Caracterização dos níveis de dor autoavaliados

Foi pedido aos jovens a avaliação da dor em três momentos: a dor atual, percebida no momento de preencher o questionário, a dor máxima nas duas últimas semanas e a dor média nas duas últimas semanas. A análise dos níveis de dor autoavaliados foi realizada com base na amostra total de jovens (n=36).

Verificou-se que a amostra de jovens apresenta níveis de dor bastante diversos nos três momentos, variando entre o mínimo de dor (mínimo = 0,00) e valores elevados, tendo sido registados níveis de dor máxima (máximo=10,00) quando questionados acerca da dor máxima nas duas últimas semanas. Dos três momentos avaliados, a dor atual apresenta os níveis mais baixos.

A Tabela 4 sumariza os valores resultantes da estatística descritiva para os três momentos de dor.

**Tabela 4**

*Medidas de tendência central e de dispersão da VAS*

	Jovens (N=36)		
	Mínimo	Máximo	M (DP)
<b>Dor atual</b>	0,00	8,30	2,11 (2,61)
<b>Dor máxima nas duas últimas semanas</b>	0,00	10,00	5,03 (3,27)
<b>Dor média nas duas últimas semanas</b>	0,00	9,00	3,78 (2,68)

O estudo das correlações entre os níveis de dor autoavaliados pelos jovens revelou correlações positivas e fortes, pelo que os três momentos de dor avaliados mostraram-se correlacionados entre si.

A Tabela 5 sintetiza o estudo das correlações entre os níveis de dor autoavaliados pelos jovens nos três momentos – dor atual, dor máxima nas duas últimas semanas e dor média nas duas últimas semanas.

**Tabela 5**

*Correlações entre os níveis de dor autoavaliados pelos jovens nos três momentos*

Autorrelato dos jovens			
	Dor atual ( $r_s$ )	Dor máxima nas duas últimas semanas ( $r_s$ )	Dor média nas duas últimas semanas ( $r_s$ )
Dor atual	-		
Dor máxima nas duas últimas semanas	0,66**	-	
Dor média nas duas últimas semanas	0,62**	0,81**	-

\*\*  $p < 0,01$

### 3.3.1.2. Caracterização dos níveis de dor segundo variáveis sociodemográficas

#### 3.3.1.2.1. Género e níveis de dor

Comparando os jovens da amostra em função do género, verifica-se que as raparigas reportam níveis de dor mais elevados do que os rapazes nos três momentos avaliados. As diferenças revelam-se significativas para a autoavaliação da dor máxima nas duas últimas semanas e para a dor média nas duas últimas semanas. A autoavaliação da dor atual não apresenta diferenças significativas.

A Tabela 6 sumariza os valores descritivos e a comparação dos níveis de dor por género.

**Tabela 6***Análise de diferenças dos níveis de dor em função do género dos jovens*

	Raparigas (N=24)			Rapazes (N=12)			Diferenças (U)
	Mín.	Máx.	M (DP)	Mín.	Máx.	M (DP)	
<b>Dor atual</b>	0,00	8,30	2,66 (2,85)	0,00	5,30	1,02 (1,65)	$U = 96,00$ $p = 0,094$
<b>Dor máxima nas últimas 2 semanas</b>	0,00	10,00	6,14 (2,70)	0,00	10,00	2,81 (3,28)	$U = 63,00^*$ $p = 0,006$
<b>Dor média nas últimas 2 semanas</b>	0,00	9,00	4,47 (2,60)	0,00	7,00	2,41 (2,39)	$U = 80,50^*$ $p = 0,032$

\*  $p < 0,05$ 

### 3.3.1.2.2. Idade e níveis de dor

De forma a comparar os jovens da amostra em função da idade, estes foram divididos em dois grupos: mais novos (12 – 15 anos) e mais velhos (16 aos 19 anos).

Observou-se que os mais velhos relatam níveis de dor ligeiramente mais elevados, nos três momentos avaliados. Contudo, não se verificaram diferenças significativas na dor atual ( $U = 104,00$ , n.s.), na dor máxima nas duas últimas semanas ( $U = 107,00$ , n.s.) e na dor média nas duas últimas semanas ( $U = 123,00$ , n.s.).

### 3.3.2. Estratégias de coping com a dor

#### 3.3.2.1. Caracterização das estratégias de coping reportadas pelos jovens

De forma a explorar as estratégias de coping mobilizadas para lidar com a dor, questionou-se os jovens acerca da frequência de determinados comportamentos e pensamentos durante os episódios de dor. A variável foi estudada com base amostra total (n=36).

Os resultados mostraram que os jovens usam mais estratégias de coping de Aproximação e de Evitamento Focado no Problema do que estratégias de Evitamento Focado na Emoção. Das escalas de ordem superior, as subescalas Resolução de Problemas, Autoafirmações Positivas e Distração Comportamental apresentam os valores médios mais elevados. A subescala Externalização apresenta o valor médio mais baixo.

A Tabela 7 sintetiza os valores descritivos assim como as diferenças encontradas entre os relatos.

**Tabela 7*****Estatística descritiva das estratégias de coping reportadas pelos jovens***

<b>Coping subescalas e escalas de ordem superior<sup>b</sup></b>	<b>Jovens (N=36)</b>		
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M (DP)</b>
<b>Aproximação</b>	1,94	4,06	3,25 (0,52)
Procura de Informação	1,25	5,00	2,99 (0,84)
Resolução de Problemas	2,00	5,00	3,51 (0,70)
Procura de Suporte Social	1,40	4,20	3,08 (0,78)
Autoafirmações Positivas	1,25	4,25	3,39 (0,75)
<b>Evitamento Focado no Problema</b>	1,70	4,50	3,13 (0,70)
Distração Comportamental	1,80	4,80	3,28 (0,76)
Distração Cognitiva	1,40	5,00	2,98 (0,89)
<b>Evitamento Focado na Emoção</b>	1,10	4,10	1,96 (0,70)
Externalização	1,00	4,80	1,48 (0,84)
Internalização	1,20	4,80	2,43 (0,85)

<sup>b</sup> Valores totais possíveis entre 1,00 e 5,00

### **3.3.2.2. Estratégias de *coping* segundo variáveis sociodemográficas**

#### **3.3.2.2.1. Género e estratégias de coping**

Em relação às diferenças de género verificaram-se diferenças significativas entre as raparigas e os rapazes na subescala Distração Comportamental e Internalização. Os rapazes mobilizam mais frequentemente estratégias de *coping* com a dor como a realização de atividades agradáveis, enquanto as raparigas tendem a adotar estratégias de *coping* com a dor com foco no pensamento recorrente de que a dor não irá passar e de que nada ajudará a aliviar a dor, em comparação com os rapazes. As restantes subescalas não revelam diferenças significativas em função do género.

Quanto às escalas de ordem superior, observaram-se diferenças significativas nas escalas Evitamento Focado no Problema e Evitamento Focado na Emoção, sendo que os rapazes usam mais estratégias de Evitamento Focado no Problema, e as raparigas mobilizam mais estratégias de Evitamento Focado na Emoção. As diferenças reportadas nas escalas de ordem superior vão ao encontro das subescalas em que diferenças

significativas também estão presentes. As restantes escalas de ordem superior não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

A Tabela 8 sumariza a análise das diferenças nas estratégias de *coping* com a dor, em função do género.

**Tabela 8**

***Análise de diferenças das estratégias de coping com a dor em função do género***

<i>Coping</i> : escalas e subescalas	Raparigas (=24)	Rapazes (n=12)	Diferenças (U)
	M (DP)	M (DP)	
<b>Aproximação</b>	3,30 (0,47)	3,15 (0,63)	$U = 126,00$ $p = 0,562$
Procura de informação	2,97 (0,92)	3,02 (0,69)	$U = 136,50$ $p = 0,804$
Resolução de problemas	3,67 (0,66)	3,21 (0,71)	$U = 97,50$ $p = 0,120$
Procura de suporte social	3,06 (0,75)	3,12 (0,87)	$U = 133,50$ $p = 0,728$
Autoafirmações positivas	3,46 (0,65)	3,25 (0,92)	$U = 132,00$ $p = 0,704$
<b>Evitamento Focado no Problema</b>	2,96 (0,71)	3,48 (0,54)	$U = 78,00^*$ <b><math>p = 0,026</math></b>
Distração Comportamental	3,04 (0,73)	3,77 (0,60)	$U = 61,00^*$ <b><math>p = 0,004</math></b>
Distração Cognitiva	2,88 (0,95)	3,18 (0,74)	$U = 111,00$ $p = 0,280$
<b>Evitamento Focado na Emoção</b>	2,12 (0,76)	2,07 (0,65)	$U = 85,50^*$ <b><math>p = 0,049</math></b>
Externalização	1,55 (0,94)	1,35 (0,60)	$U = 125,50$ $p = 0,540$
Internalização	2,69 (0,88)	1,90 (0,47)	$U = 67,50^*$ <b><math>p = 0,009</math></b>

\*  $p < 0,05$

### 3.3.2.2.2. Idade e estratégias de *coping*

Os resultados das estratégias de *coping* em função da idade mostraram que o grupo dos jovens mais velhos apresentam valores médios superiores em todas as subescalas à exceção das subescalas Autoafirmações positivas, Distração Comportamental e Externalização onde a média do grupo dos mais novos é ligeiramente superior. Nas escalas de ordem superior, os mais velhos apresentam valores médios superiores na escala Aproximação e Evitamento focado na emoção, enquanto os mais novos apresentam um valor médio superior na escala Evitamento focado no problema.

Observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos na subescala Procura de Informação, Distração Cognitiva e Internalização. Os mais velhos utilizam mais estratégias de procura de informação e de internalização, enquanto os mais novos tendem a utilizar mais frequentemente estratégias de distração cognitiva.

As restantes subescalas e as escalas de ordem superior não revelaram diferenças significativas entre os jovens mais novos e mais velhos.

A Tabela 9 resume a análise de diferenças, por escala e subescala, em função da idade.

**Tabela 9**

*Análise de diferenças das estratégias de coping com a dor em função da idade*

<i>Coping</i> : escalas e subescalas	Mais novos (=16)	Mais velhos (n=20)	Diferenças ( <i>U</i> )
	M (DP)	M (DP)	
<b>Aproximação</b>	3,10 (0,61)	3,36 (0,41)	<i>U</i> = 121,00 <i>p</i> = 0,223
Procura de Informação	2,67 (0,71)	3,24 (0,88)	<i>U</i> = 91,50* <b><i>p</i> = 0,028</b>
Resolução de Problemas	3,38 (0,89)	3,63 (0,50)	<i>U</i> = 140,50 <i>p</i> = 0,539
Procura de Suporte Social	2,91 (0,86)	3,21 (0,70)	<i>U</i> = 128,00 <i>p</i> = 0,320
Autoafirmações Positivas	3,44 (0,67)	3,35 (0,82)	<i>U</i> = 153,00 <i>p</i> = 0,838
<b>Evitamento Focado no Problema</b>	3,36 (0,73)	2,95 (0,63)	<i>U</i> = 112,50 <i>p</i> = 0,132
Distração Comportamental	3,33 (0,91)	3,25 (0,64)	<i>U</i> = 160,00 <i>p</i> = 1,000
Distração Cognitiva	3,40 (0,81)	3,25 (0,64)	<i>U</i> = 79,50* <b><i>p</i> = 0,009</b>
<b>Evitamento Focado na Emoção</b>	1,81 (0,75)	2,07 (0,65)	<i>U</i> = 111,00 <i>p</i> = 0,124
Externalização	1,56 (1,01)	1,42 (0,69)	<i>U</i> = 155,50 <i>p</i> = 0,888
Internalização	2,08 (0,73)	2,71 (0,85)	<i>U</i> = 90,00* <b><i>p</i> = 0,026</b>

\* *p* < 0,05

### 3.3.3. Catastrofização da dor

#### 3.3.3.1. Caracterização dos níveis de catastrofização da dor reportados pelos jovens

Os resultados demonstraram níveis médios de catastrofização da dor auto relatada pelos jovens. Ainda que o valor médio não seja elevado, alguns jovens reportaram valores elevados de catastrofização da dor.

A Tabela 10 sintetiza os valores descritivos para a catastrofização dos jovens.

**Tabela 10**

#### *Estatística descritiva da catastrofização da dor dos jovens*

Catastrofização total e subescalas <sup>c</sup>	Jovens		
	Mínimo	Máximo	M (DP)
<b>Total</b>	5,00	49,00	21,24 (10,33)
<b>Ruminação</b>	4,00	16,00	9,31 (3,18)
<b>Magnificação</b>	0,00	12,00	3,78 (2,86)
<b>Desamparo</b>	0,00	24,00	8,16 (5,44)

<sup>c</sup> Valores totais possíveis para Total entre 0 e 52; para Ruminação entre 0 e 16; para Magnificação entre 0 e 12; para Desamparo entre 0 e 24

O estudo das correlações entre os níveis de catastrofização da dor avaliados pelos jovens demonstrou correlações positivas e fortes entre as três subescalas e destas com a escala total.

A Tabela 11 resume o estudo das correlações entre a escala total e as três subescalas da catastrofização da dor, segundo relatos dos jovens.

**Tabela 11**

*Correlações entre os relatos dos jovens acerca da catastrofização da dor, escala total e subescalas*

Catastrofização total e subescalas	Relatos dos Jovens			
	Total	Ruminação	Magnificação	Desamparo
<b>Total</b>	-			
<b>Ruminação</b>	0,89**	-		
<b>Magnificação</b>	0,83**	0,61**	-	
<b>Desamparo</b>	0,92**	0,78**	0,66**	-

\*\*  $p < 0,01$

### 3.3.3.2. Catastrofização da dor segundo variáveis sociodemográficas

#### 3.3.3.2.1. Género e catastrofização da dor

Verificou-se que as raparigas apresentaram valores de catastrofização da dor mais elevados que os rapazes, sendo as diferenças significativas na escala de catastrofização total e nas três subescalas.

A Tabela 12 sintetiza a análise de diferenças dos níveis de catastrofização da dor, em função do género.

**Tabela 12**

*Análise de diferenças da catastrofização da dor em função do género*

Catastrofização total e subescalas	Raparigas (n=24)	Rapazes (n=12)	Diferenças (U)
	M (DP)	M (DP)	
<b>Total</b>	25,28 (9,83)	13,17 (5,58)	$U = 42,00^*$ $p = 0,000$
<b>Ruminação</b>	10,42 (2,89)	7,08 (2,57)	$U = 57,00^*$ $p = 0,003$
<b>Magnificação</b>	4,75 (2,91)	1,83 (1,47)	$U = 52,00^*$ $p = 0,001$
<b>Desamparo</b>	10,11 (5,39)	4,25 (2,90)	$U = 42,50^*$ $p = 0,000$

\*  $p < 0,05$



### 3.3.3.2.2. Idade e catastrofização da dor

Os jovens mais velhos apresentaram valores de catastrofização da dor mais elevados relativamente aos mais novos, sendo esta diferença significativa para a escala total da catastrofização da dor e para as subescalas Ruminação e Desamparo. Apenas a subescala Magnificação não revelou diferenças significativas entre os dois grupos etários.

A Tabela 13 resume a análise de diferenças entre os jovens quanto à catastrofização da dor, em função da idade.

**Tabela 13**

#### *Análise de diferenças da catastrofização da dor em função da idade*

Catastrofização total e subescalas	Mais novos (n=10)	Mais velhos (n=16)	Diferenças ( <i>U</i> )
	M (DP)	M (DP)	
<b>Total</b>	16,89 (8,12)	24,72 (10,77)	<i>U</i> = 92,00* <b><i>p</i> = 0,030</b>
<b>Ruminação</b>	8,06 (2,43)	10,30 (3,40)	<i>U</i> = 95,00* <b><i>p</i> = 0,039</b>
<b>Magnificação</b>	2,81 (1,91)	4,55 (3,28)	<i>U</i> = 110,50 <i>p</i> = 0,116
<b>Desamparo</b>	6,01 (4,32)	9,87 (5,73)	<i>U</i> = 93,00* <b><i>p</i> = 0,033</b>

\* *p* < 0,05

### 3.3.4. Associações entre as variáveis reportadas pelos jovens

#### 3.3.4.1. Níveis de dor e estratégias de *coping*

Os resultados da análise de correlações entre os níveis de dor autoavaliados e as estratégias de *coping* reportadas pelos jovens mostraram que a escala de ordem superior Aproximação e a subescala Resolução de problemas apresentam correlações positivas moderadas com a dor média nas duas últimas semanas. A escala de ordem superior Evitamento focado na emoção e a subescala Internalização demonstraram-se moderadamente correlacionadas com a dor máxima nas duas últimas semanas sendo esta correlação positiva. Foi ainda encontrada uma correlação positiva e moderada entre esta subescala e a dor médias nas duas últimas semanas.

As restantes escalas e subescalas do *coping* não se revelaram correlacionadas com as avaliações da dor nos três momentos. De salientar a dor avaliada no momento que não apresentou correlação com nenhuma das estratégias de *coping* reportadas.

A Tabela 14 sintetiza as associações encontradas entre a dor avaliada nos três momentos e as subescalas e escalas de ordem superior das estratégias de *coping* reportadas pelos jovens.

**Tabela 14**

*Correlações entre os níveis de dor e as estratégias de coping segundo autorrelatos dos jovens*

<i>Coping</i> : escalas e subescalas	Autorrelato dos jovens		
	Dor atual ( $r_s$ )	Dor máxima <sup>d</sup> ( $r_s$ )	Dor média <sup>d</sup> ( $r_s$ )
<b>Aproximação</b>	0,09	0,22	<b>0,40*</b>
Procura de Informação	0,01	0,16	0,27
Resolução de Problemas	0,01	0,22	<b>0,38*</b>
Procura de Suporte Social	0,23	0,27	0,28
Autoafirmações Positivas	0,01	0,05	0,23
<b>Evitamento Focado no Problema</b>	-0,21	-0,23	-0,30
Distração Comportamental	-0,21	-0,25	-0,25
Distração Cognitiva	-0,11	-0,15	-0,23
<b>Evitamento Focado na Emoção</b>	0,12	<b>0,38*</b>	0,26
Externalização	0,01	0,25	0,07
Internalização	0,11	<b>0,40*</b>	<b>0,34*</b>

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

<sup>d</sup> Avaliada com base na dor sentida nas duas últimas semanas

### 3.3.4.2. Níveis de dor e catastrofização da dor

O estudo das correlações entre os níveis de dor autoavaliados pelos jovens nos três momentos e os níveis de catastrofização de dor reportados mostrou que a dor máxima nas duas últimas encontra-se correlacionada de forma moderada e positiva com todas as subescalas e escala total da catastrofização da dor, e a dor média nas duas últimas semanas apresentou correlações positivas e moderadas com as subescalas Ruminação e Desamparo e com a escala total da catastrofização da dor. A dor atual revelou não estar associada com qualquer subescala ou escala total de catastrofização da dor.

A Tabela 15 resume as correlações entre os níveis de dor e de catastrofização da dor como reportado pelos jovens.

**Tabela 15**

***Correlações entre os níveis de dor e os níveis de catastrofização da dor dos jovens***

Catastrofização total e subescalas	Autorrelato dos jovens		
	Dor atual ( $r_s$ )	Dor máxima <sup>d</sup> ( $r_s$ )	Dor média <sup>d</sup> ( $r_s$ )
<b>Total</b>	0,24	<b>0,54**</b>	<b>0,41*</b>
<b>Ruminação</b>	0,19	<b>0,51**</b>	<b>0,40*</b>
<b>Magnificação</b>	0,14	<b>0,42*</b>	0,24
<b>Desamparo</b>	0,29	<b>0,52**</b>	<b>0,45**</b>

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

<sup>d</sup> Avaliada com base na dor sentida nas duas últimas semanas

### 3.3.4.3. Estratégias de *coping* e catastrofização da dor

O estudo das correlações entre as estratégias de *coping* e a catastrofização da dor no que diz respeito aos autorrelatos dos jovens indicou a existência de correlações fortes ou moderadas entre as variáveis.

A subescala Resolução de problemas mostrou-se correlacionada com a escala total da catastrofização e as subescalas Ruminação e Magnificação, sendo esta relação positiva e moderada. A subescala Procura de Informação demonstrou-se positiva e moderadamente correlacionada com a Ruminação. As restantes subescalas da escala de ordem superior Aproximação, como a escala em si, não se revelaram correlacionadas com a catastrofização da dor.

Quanto ao Evitamento Focado no Problema e respectivas subescalas, Distração Comportamental e Distração Cognitiva, todas apresentaram correlações estatisticamente significativas e negativas com as subescalas e escala total da catastrofização, à exceção da subescala Distração Cognitiva que não se revelou correlacionada com a subescala Magnificação. De salientar a existência de correlações positivas, à exceção da Distração Comportamental e Distração Cognitiva em relação ao Desamparo, que se apresentaram negativamente correlacionadas, sugerindo que a adoção de estratégias de *coping*

distrativas está associada a menos pensamentos catastróficos de desamparo, de não conseguir lidar com a dor.

Na escala de ordem superior Evitamento Focado na Emoção, salienta-se a existência de correlações fortes e significativas com as subescalas e escala total da catastrofização. Enfatiza-se a correlação entre esta escala e a dor atual, sendo esta a única correlação negativa com a dor encontrada no Evitamento Focado na Emoção. A Externalização demonstrou-se moderadamente correlacionada com a escala total e subescalas da catastrofização, à exceção da Magnificação, e a Internalização verificou-se positiva e fortemente correlacionada com a escala total e todas as subescalas da catastrofização da dor.

A Tabela 16 exemplifica o estudo das correlações entre as estratégias de *coping* com a dor adotadas e a catastrofização da dor reportada pelos jovens.

**Tabela 16**

*Correlações entre as estratégias de coping e a catastrofização da dor reportadas pelos jovens*

<i>Coping</i> : escalas e subescalas	Autorrelato dos jovens			
	Catastrofização total e subescalas			
	Total	Ruminação	Magnificação	Desamparo
<b>Aproximação</b>	0,19	0,30	0,20	0,08
Procura de Informação	0,27	<b>0,34*</b>	0,29	0,14
Resolução de Problemas	<b>0,35*</b>	<b>0,41*</b>	<b>0,38*</b>	0,20
Procura de Suporte Social	0,04	0,18	0,01	-0,06
Autoafirmações Positivas	-0,15	-0,07	-0,21	-0,10
<b>Evitamento Focado no Problema</b>	<b>-0,53**</b>	<b>-0,56**</b>	<b>-0,38*</b>	<b>-0,52**</b>
Distração Comportamental	<b>-0,51**</b>	<b>-0,52**</b>	<b>-0,38*</b>	<b>-0,49**</b>
Distração Cognitiva	<b>-0,37*</b>	<b>-0,41*</b>	-0,24	<b>-0,38*</b>
<b>Evitamento Focado na Emoção</b>	<b>0,72**</b>	<b>0,50**</b>	<b>0,74**</b>	<b>0,66**</b>
Externalização	<b>0,37*</b>	0,20	<b>0,40*</b>	<b>0,36*</b>
Internalização	<b>0,83**</b>	<b>0,64**</b>	<b>0,80**</b>	<b>0,80*</b>

\*  $p < 0,05$

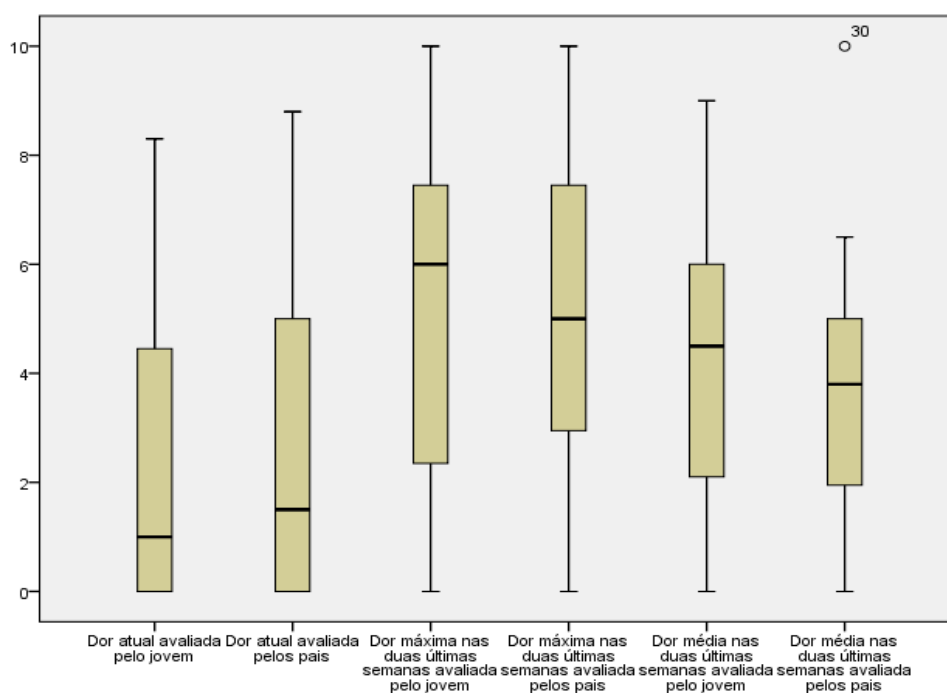
\*\*  $p < 0,01$

### 3.4. Relatos parentais acerca da dor dos filhos: análise de diferenças e associação entre as variáveis avaliadas pelos pais

#### 3.4.1. Níveis de dor segundo autoavaliações dos jovens e avaliações parentais

Foram obtidos relatos acerca da intensidade da dor por parte dos jovens e respectivos pais. Da amostra parental, cinco cuidadores não responderam, pelo que foi considerada uma amostra de 31 cuidadores para a análise dos níveis de dor. Como operacionalizado para os jovens, foi pedido aos pais a avaliação subjetiva acerca da dor dos filhos nos três momentos.

Observaram-se valores médios bastante semelhantes entre o nível de dor reportada pelos jovens e pelos pais para os três momentos de dor. O gráfico (Figura 1) compara os níveis de dor, como relatados pelos jovens e pelos pais.



**Fig. 1:** *Gráfico Box Plot comparativo dos níveis de dor relatados pelos jovens e pelos pais*

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os relatos dos jovens acerca da sua dor e os relatos parentais acerca da dor dos filhos para os três momentos avaliados.

A Tabela 17 sumariza a estatística descritiva para os relatos parentais, e a análise de diferenças entre os relatos dos pais e dos jovens.

**Tabela 17**

*Estatística descritiva dos níveis de dor segundo os jovens e relatos parentais e análise de diferenças*

	Jovens (N=36)			Pais (N=31)			Diferenças (Z)
	Mínimo	Máximo	M (DP)	Mínimo	Máximo	M (DP)	
<b>Dor atual</b>	0,00	8,30	2,11 (2,61)	0,00	8,80	2,46 (2,65)	Z = - 0,47 p = 0,640
<b>Dor máxima nas duas últimas semanas</b>	0,00	10,00	5,03 (3,27)	0,00	10,00	5,12 (3,22)	Z = - 0,03 p = 0,974
<b>Dor média nas duas últimas semanas</b>	0,00	9,00	3,78 (2,68)	0,00	10,00	3,71 (2,26)	Z = - 1,16 p = 0,247

O estudo das correlações entre os níveis de dor reportados pelos jovens e os níveis de dor acerca dos filhos relatados pelos pais revelou a existência de correlações positivas e fortes entre os três momentos avaliados.

A Tabela 18 sintetiza o estudo das correlações entre os níveis de dor como reportados pelos jovens e como reportados pelos pais.

**Tabela 18**

*Correlações entre os níveis de dor autoavaliados pelos jovens e avaliados pelos pais*

Relatos dos jovens (n=36)	Relato dos pais (n=31)		
	Dor atual	Dor máxima <sup>d</sup>	Dor média <sup>d</sup>
<b>Dor atual</b>	<b>0,68**</b>		
<b>Dor máxima<sup>d</sup></b>		<b>0,65**</b>	
<b>Dor média<sup>d</sup></b>			<b>0,72**</b>

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

<sup>d</sup> Avaliada com base na dor sentida/percebida nas duas últimas semanas

### 3.4.1.1. Análise de diferenças segundo variáveis sociodemográficas

#### 3.4.1.1.1. Género dos filhos e níveis de dor

Os pais das raparigas do estudo (n=20) classificam a dor das filhas como sendo mais elevada nos três períodos de tempo avaliados, em comparação com os pais dos rapazes (n=11). Porém, não se observaram diferenças estatisticamente significativas

entre a avaliação da dor dos filhos pelos pais das raparigas e a avaliação da dor pelos pais dos rapazes, na dor atual ( $U = 103,50$ , n.s.), na dor máxima nas duas últimas semanas ( $U = 71,00$ , n.s.) e na dor média nas duas últimas semanas ( $U = 82,00$ , n.s.).

#### **3.4.1.1.2. Idade dos filhos e níveis de dor**

Em relação à avaliação da dor dos filhos por parte dos pais dos jovens mais velhos e dos pais dos mais novos, os pais dos mais velhos ( $n=17$ ) atribuem níveis de dor ligeiramente mais elevados do que os pais dos jovens mais novos ( $n=14$ ).

Contudo não se verificaram diferenças significativas, na dor atual ( $U = 100,00$ , n.s.), na dor máxima nas duas últimas semanas ( $U = 83,00$ , n.s.) e na dor média nas duas últimas semanas ( $U = 89,50$ , n.s.).

#### **3.4.2. Estratégias de *coping* segundo autorrelatos dos jovens e relatos parentais**

De forma a estudar se os pais são bons observadores da dor dos filhos, questionou-se os jovens e respetivos pais acerca das estratégias adotadas pelos jovens para lidar com a dor, sendo portanto avaliado o mesmo fenómeno na perspetiva de ambos os informadores. A variável foi estudada com base amostra total ( $n=36$ ).

Relativamente aos relatos dos jovens e relatos parentais, existem diferenças significativas na subescala Internalização, assumindo que os pais tendem a relatar maior uso de estratégias adotadas pelos filhos relacionadas com o exagero da situação, pensamento constante acerca da mesma e pensamento de que nada irá fazer com que a dor pare.

A escala de ordem superior Evitamento Focado na Emoção apresenta diferenças significativas entre os relatos. Estas diferenças podem ser explicadas, em parte, pelas diferenças já referidas na subescala Internalização. No entanto os pais também tendem a relatar uso mais frequente pelos filhos de estratégias relacionadas com a emocionalidade negativa.

As restantes subescalas e escalas de ordem superior não apresentaram diferenças significativas entre os relatos dos jovens com dor e dos pais.

A Tabela 19 resume a análise de diferenças entre os relatos dos jovens e os relatos parentais acerca das estratégias de *coping* mobilizadas para lidar com a dor.

**Tabela 19**

*Análise de diferenças das estratégias de coping reportadas pelos jovens e pelos pais*

<i>Coping</i> subescalas e escalas de ordem superior	Jovens (N=36)	Pais (N=36)	Diferenças (Z)
	M (DP)	M (DP)	
<b>Aproximação</b>	3,25 (0,52)	3,34 (0,45)	Z = -1,681 p = 0,093
Procura de Informação	2,99 (0,84)	3,27 (0,69)	Z = -1,944 p = 0,052
Resolução de Problemas	3,51 (0,70)	3,62 (0,59)	Z = -0,977 p = 0,329
Procura de Suporte Social	3,08 (0,78)	3,00 (0,78)	Z = -0,491 p = 0,623
Autoafirmações Positivas	3,39 (0,75)	3,31 (0,74)	Z = -0,335 p = 0,738
<b>Evitamento Focado no Problema</b>	3,13 (0,70)	2,91 (0,54)	Z = -1,341 p = 0,180
Distração Comportamental	3,28 (0,76)	3,18 (0,64)	Z = -0,514 p = 0,607
Distração Cognitiva	2,98 (0,89)	2,64 (0,72)	Z = -1,575 p = 0,115
<b>Evitamento Focado na Emoção</b>	1,96 (0,70)	2,29 (0,49)	Z = -2,927* p = <b>0,003</b>
Externalização	1,48 (0,84)	1,60 (0,67)	Z = -1,012 p = 0,311
Internalização	2,43 (0,85)	2,97 (0,62)	Z = -3,410* p = <b>0,001</b>

\*  $p < 0,05$

O estudo das correlações entre as estratégias de *coping* reportadas pelos jovens e as estratégias de *coping* juvenil relatadas pelos pais mostrou associações estatisticamente significativas, positivas e moderadas a fortes em ambos os relatos.

A escala de ordem superior Aproximação e respetivas subescalas segundo relatos dos jovens e dos pais apresentaram-se correlacionadas entre si, de forma positiva e moderada a forte. De salientar a subescala Procura de Informação avaliada pelos pais que se demonstrou positiva e moderadamente correlacionada com a subescala Internalização e escala Evitamento Focado na Emoção avaliadas pelos jovem. Entende-se que quanto maior a frequência de estratégias como a procura de informação junto de



um médico ou enfermeiro, perguntas acerca da dor e aprendizagens sobre o fenómeno da dor e sobre o corpo, relatados pelos pais por parte dos filhos; maior a frequência de estratégias internalizantes com foco na emocionalidade negativa acerca da dor relatadas pelos jovens.

Salienta-se a subescala Distração Comportamental avaliada pelos pais que se demonstrou correlacionada de forma moderada e positiva com a escala Aproximação reportada pelos jovens. Assume-se que as estratégias integradas na escala Aproximação, (e.g., procura de informação, resolução de problemas, procura de suporte social - amigos, familiares - e autoafirmações positivas - dizer a si mesmo que vai ficar tudo bem) são percecionadas pelos pais da amostra como estratégias distrativas do foro comportamental com o objetivo de desviar a atenção da dor.

A escala Evitamento Focado na Emoção e respetivas subescalas, tal como reportadas pelos jovens e pelos pais, demonstram-se correlacionadas positiva e moderadamente entre si, à exceção da subescala Externalização avaliada pelos pais e a subescala Internalização avaliada pelos jovens, que não se apresentaram associadas.

A Tabela 20 resume a análise das correlações entre as estratégias de *coping* com a dor autoavaliadas pelo jovem e as estratégias de *coping* dos filhos para lidar com a dor reportadas pelos pais.

**Tabela 20**

*Correlações entre as estratégias de coping autorrelatadas pelos jovens e relatadas pelos pais*

Relatos dos jovens	Relatos parentais										
	Aproximação	Procura de Inform.	Resolução de Problemas	Procura de Suporte Social	Autoafirmações Positivas	Evitamento Focado no Problema	Distração Comportamental	Distração Cognitiva	Evitamento Focado na Emoção	Extern.	Intern.
Aproximação	0,78**	0,47*	0,39*	0,42*	0,34*		0,34*				
Procura de Informação	0,44**	0,42*									
Resolução de Problemas	0,62**	0,51**	0,36*	0,48**							
Procura de Suporte Social	0,62**			0,42*							
Autoafirmações Positivas	0,46**		0,36*								
Evitamento Focado no Problema											
Distração Comportamental											
Distração Cognitiva											
Evitamento Focado na Emoção		0,40*							0,47**	0,35*	0,42*
Externalização									0,39*	0,33*	0,35*
Internalização		0,37*							0,44**		0,39*

Na tabela apenas se apresentam os valores significativos

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

### **3.4.2.1. Análise de diferenças segundo variáveis sociodemográficas**

#### **3.4.2.1.1. Género dos filhos e estratégias de *coping* reportadas**

A análise de diferenças relativamente à avaliação dos pais no que diz respeito às estratégias de *coping* com a dor mobilizadas pelos filhos não revelou diferenças estatisticamente significativas nos relatos dos pais das raparigas em comparação com os relatos dos pais dos rapazes nas subescalas e nas escalas de ordem superior.

#### **3.4.2.1.2. Idade dos filhos e estratégias de *coping* reportadas**

Relativamente à avaliação dos pais acerca das estratégias de *coping* adotadas pelos filhos do grupo dos mais novos em comparação com os pais de jovens mais velhos, observaram-se diferenças significativas na subescala Resolução de Problemas e na escala de ordem superior Aproximação. Os pais dos mais velhos reportam mais estratégias de resolução da experiência dolorosa e de lidar com a dor adotadas pelos filhos, do que os pais dos mais novos. Não se verificaram diferenças significativas nas restantes subescalas e nas escalas de ordem superior.

A Tabela 21 resume os valores médios e a análise de diferenças entre os relatos parentais dos jovens mais novos e os relatos parentais dos jovens mais velhos, acerca das estratégias de *coping* com a dor adotadas pelos filhos.

**Tabela 21**

*Análise de diferenças das estratégias de coping reportadas pelos pais em função da idade dos filhos*

<i>Coping</i> subescalas e escalas de ordem superior	Pais dos jovens mais novos (N=16)	Pais dos jovens mais velhos (N=20)	Diferenças (U)
	M (DP)	M (DP)	
<b>Aproximação</b>	3,15 (0,53)	3,49 (0,32)	$U = 95,00^*$ $p = 0,039$
Procura de Informação	2,98 (0,74)	3,50 (0,58)	$U = 100,00$ $p = 0,058$
Resolução de Problemas	3,30 (0,56)	3,87 (0,49)	$U = 70,00^*$ $p = 0,003$
Procura de Suporte Social	3,07 (0,85)	2,95 (0,74)	$U = 143,50$ $p = 0,604$
Autoafirmações Positivas	3,38 (0,64)	3,26 (0,83)	$U = 156,50$ $p = 0,912$
<b>Evitamento Focado no Problema</b>	2,93 (0,51)	2,90 (0,57)	$U = 159,00$ $p = 0,987$
Distração Comportamental	3,04 (0,71)	3,29 (0,58)	$U = 129,00$ $p = 0,336$
Distração Cognitiva	2,83 (0,65)	2,50 (0,75)	$U = 124,00$ $p = 0,262$
<b>Evitamento Focado na Emoção</b>	2,33 (0,51)	2,25 (0,50)	$U = 144,50$ $p = 0,626$
Externalização	1,82 (0,75)	1,42 (0,55)	$U = 108,00$ $p = 0,102$
Internalização	2,84 (0,57)	3,08 (0,65)	$U = 124,50$ $p = 0,262$

\*  $p < 0,05$

### 3.4.3. Associações entre as variáveis reportadas pelos pais

#### 3.4.3.1. Níveis de dor e estratégias de coping segundo relatos parentais

O estudo das correlações entre os níveis de dor avaliados pelos pais e as estratégias de *coping* reportadas pelos pais mostrou a existência de uma correlação positiva e moderada entre a percepção da dor máxima dos filhos nas duas últimas semanas e a Distração Comportamental. Quanto maior a dor máxima nas duas últimas semanas reportada pelos pais, maior a frequência de estratégias de Distração Comportamental reportadas pelos pais.

A Tabela 22 sintetiza a análise das correlações entre os níveis de dor dos filhos reportados pelos pais e as estratégias de *coping* dos filhos com a dor segundo os relatos parentais.

**Tabela 22**

*Correlações entre a intensidade da dor e as estratégias de coping, ambas avaliadas pelos pais*

Relatos parentais acerca da dor dos filhos			
<i>Coping</i> : escalas e subescalas	Dor atual	Dor máxima <sup>4</sup>	Dor média <sup>4</sup>
<b>Aproximação</b>	0,27	0,25	0,16
Procura de informação	0,17	-0,01	0,00
Resolução de problemas	0,16	0,21	0,13
Procura de suporte social	0,18	0,16	0,05
Autoafirmações positivas	0,09	0,22	0,12
<b>Evitamento focado no problema</b>	-0,15	0,15	0,17
Distração comportamental	0,13	<b>0,44*</b>	0,35
Distração cognitiva	-0,32	-0,18	-0,11
<b>Evitamento focado na emoção</b>	-0,07	0,08	0,02
Externalização	-0,22	-0,04	-0,05
Internalização	0,18	0,06	-0,03

\*  $p < 0,05$

<sup>4</sup> Avaliada com base na dor percebida nas duas últimas semanas

### 3.5. Catastrofização parental acerca da dor dos filhos

#### 3.5.1. Caracterização dos níveis de catastrofização parental

Neste estudo foi avaliada a catastrofização dos jovens e a catastrofização dos pais em relação à dor experimentada pelos filhos. Verificaram-se níveis médios elevados de catastrofização parental relativamente à dor experimentada pelos filhos.

A Tabela 23 sumariza os valores descritivos da catastrofização parental acerca da dor dos filhos.

**Tabela 23*****Estatística descritiva da catastrofização parental acerca da dor dos filhos***

Catastrofização total e subescalas <sup>e</sup>	Relatos dos Pais		
	Mínimo	Máximo	M (DP)
<b>Total</b>	8,00	49,00	33,56 (9,86)
<b>Ruminação</b>	1,00	16,00	12,49 (3,46)
<b>Magnificação</b>	1,00	12,00	7,76 (3,00)
<b>Desamparo</b>	5,00	22,00	13,31 (4,85)

<sup>e</sup> Valores totais possíveis para Total entre 0 e 52; para Ruminação entre 0 e 16; para Magnificação entre 0 e 12; para Desamparo entre 0 e 24

**3.5.2. Análise das diferenças e estudo das associações**

A análise das diferenças entre a catastrofização da dor por parte do jovem e a catastrofização parental acerca da dor dos filhos demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os relatos em todas as subescalas e na escala total, sendo que em os pais manifestaram valores médios mais elevados de catastrofização da dor em todas as subescalas e na escala total do que os filhos.

A Tabela 24 resume a análise de diferenças, através do Teste de Wilcoxon, entre a catastrofização da dor percebida pelo jovem e a catastrofização da dor por parte dos pais em relação à dor dos filhos.

**Tabela 24*****Análise de diferenças entre a catastrofização da dor do jovem e da catastrofização parental acerca da dor do filho***

Catastrofização total e subescalas	Jovens	Pais	Diferenças (Z)
	M (DP)	M (DP)	
<b>Total</b>	21,24 (10,33)	33,56 (9,86)	Z = -4,228* <b>p = 0,00</b>
<b>Ruminação</b>	9,31 (3,18)	12,49 (3,46)	Z = -3,596* <b>p = 0,00</b>
<b>Magnificação</b>	3,78 (2,86)	7,76 (3,00)	Z = -4,586* <b>p = 0,00</b>
<b>Desamparo</b>	8,16 (5,44)	13,31 (4,85)	Z = -3,683* <b>p = 0,00</b>

\*  $p < 0,05$

A análise das correlações entre a catastrofização total e subescalas reportada pelos jovens e pelos pais acerca da dor dos filhos demonstrou correlações significativas e positivas apenas na subescala Magnificação avaliada pelos jovens. A Magnificação nos jovens está significativamente associada com a Catastrofização total, a Magnificação e o Desamparo dos pais.

As restantes subescalas e não se mostraram associadas.

A Tabela 25 sintetiza os valores encontrados no estudo de correlações entre os relatos do jovem e os relatos dos pais em relação à dor dos filhos na escala e subescalas da catastrofização da dor.

**Tabela 25**

*Correlações entre a catastrofização total e subescalas dos jovens e dos pais em relação à dor dos filhos*

Pais	Jovens			
	Total	Ruminação	Magnificação	Desamparo
<b>Total</b>	0,28	0,16	<b>0,43**</b>	0,23
<b>Ruminação</b>	0,16	0,17	0,13	0,18
<b>Magnificação</b>	0,21	0,05	<b>0,38*</b>	0,18
<b>Desamparo</b>	0,19	0,04	<b>0,38*</b>	0,14

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

### 3.5.2.1. Análise de diferenças segundo variáveis sociodemográficas

#### 3.5.2.1.1. Género dos filhos e catastrofização da dor

Em relação à catastrofização acerca da dor dos filhos por parte dos pais, em função do género dos jovens, não se verificam diferenças significativas entre os relatos dos pais de raparigas e de rapazes (Total:  $U = 113,00$ , n.s.; Ruminação:  $U = 143,50$ , n.s.; Magnificação:  $U = 127,00$ , n.s.; Desamparo:  $U = 111,00$ , n.s.).

#### 3.5.2.1.2. Idade dos filhos e catastrofização da dor

No que diz respeito à avaliação da catastrofização acerca da dor dos filhos por parte dos pais, em função da idade dos jovens, não foram observadas diferenças

significativas entre os relatos dos pais dos jovens mais novos e dos mais velhos (Total:  $U = 109,00$ , n.s.; Ruminação:  $U = 103,00$ , n.s.; Magnificação:  $U = 155,50$ , n.s.; Desamparo:  $U = 105,50$ , n.s.).

### 3.5.2.2. Associação entre a catastrofização e os níveis de dor

O estudo das correlações entre a intensidade de dor dos jovens nos três momentos avaliados e a catastrofização parental acerca da dor dos filhos demonstrou a existência de duas correlações significativas e moderadas entre as variáveis, sendo que a escala total e a subescala Desamparo apresentaram-se correlacionadas com a intensidade de dor avaliada no momento pelo jovem.

A Tabela 26 sintetiza o estudo das correlações entre os níveis de dor autoavaliados pelos jovens com a catastrofização parental acerca da dor dos jovens.

**Tabela 26**

*Correlações entre os níveis de dor reportados pelos jovens e a catastrofização parental da dor*

	Relato dos jovens		
	Dor atual	Dor máxima <sup>d</sup>	Dor média <sup>d</sup>
<b>Catastrofização acerca da dor dos filhos, por parte dos pais</b>			
Total	<b>-0,38*</b>	-0,02	-0,07
Ruminação	-0,21	-0,01	0,00
Magnificação	-0,31	-0,05	-0,02
Desamparo	<b>-0,34*</b>	-0,04	-0,07

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

<sup>d</sup> Avaliada com base na dor sentida/percebida nas duas últimas semanas

Relativamente ao estudo das correlações entre a catastrofização parental e a avaliação dos pais acerca dos níveis de dor, ambas em relação à dor dos filhos, não foram observadas correlações significativas.



## IV. Discussão

A presente investigação teve como objetivo principal averiguar se os pais são bons informadores sobre a dor dos filhos, numa amostra de jovens com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos, com diagnóstico de dor crónica, e os seus pais. Procurou-se ainda compreender a associação entre as crenças de catastrofização parental acerca da dor dos filhos e a dor e crenças de catastrofização da dor experienciada pelos filhos.

### 4.1. Caracterização dos níveis de dor da amostra adolescente

Os jovens da amostra estudada reportaram níveis de dor médios, sendo que a dor máxima nas duas últimas semanas foi o momento avaliado com maior intensidade. De salientar os níveis de dor atual, isto é, no momento da consulta, serem bastante baixos. Importa realçar este resultado junto da comunidade médica, alertando para a necessidade de avaliação da dor não só experienciada no momento, mas também dos seus picos máximos para um período de tempo mais alargado. Estes resultados relativamente à dor atual, numa amostra de adolescentes com dor crónica, são semelhantes aos encontrados por Goubert e colaboradores (2006).

Observaram-se associações fortes, positivas e significativas entre os três momentos de dor, o que evidencia o carácter recorrente e frequente que caracteriza a dor crónica.

Como já referido, apesar dos valores da intensidade de dor avaliados não serem muito elevados, salientam-se casos singulares em que a dor (nos três momentos avaliados) atinge o extremo da escala, traduzindo-se em dores muito severas. Estes resultados apontam para a existência de casos com dores severas e persistentes na população adolescente com dor crónica, o que vai ao encontro do estudo de Perquin e colaboradores (2000).

Verificaram-se diferenças significativas entre os níveis de dor em função do género, sendo que as raparigas reportam níveis de dor mais elevados, confirmando resultados de outras investigações (Perquin et al., 2000; Huguet & Miró, 2008). Outros estudos têm evidenciado o efeito da idade na avaliação da dor, sendo que os jovens mais velhos tendem a reportar dores mais intensas (Perquin et al., 2000; Stanford, 2008). No

presente estudo não foram encontradas diferenças significativas em função da idade, embora os jovens mais velhos reportassem níveis de dor médios ligeiramente superiores.

#### **4.1.1. Serão os pais bons informadores acerca da dor dos filhos?**

Para avaliar o papel dos pais como informadores relativamente à dor dos filhos, foram obtidos os níveis de dor autoavaliados pelos jovens e avaliados pelos respetivos pais.

Não foram encontradas diferenças significativas entre a autoavaliação da dor por parte dos jovens e a avaliação da dor por parte dos pais, relativamente aos 3 momentos. Paralelamente, observaram-se associações positivas e fortes entre os autorrelatos dos jovens e os relatos parentais.

Diversas investigações apontam para que os pais apresentem uma tendência para subestimar a dor dos filhos, atribuindo níveis de dor inferiores aos avaliados pelas crianças e adolescentes (Chambers et al., 1998; St-Laurent-Gagnon et al., 1999; Haraldstad et al., 2011). Contudo, investigações realizadas com crianças e adolescentes de amostras clínicas mostram que, na presença de um diagnóstico clínico crónico e/ou sintomatologia física diária/frequente, os relatos dos pais e respetivos filhos tendem a ser concordantes (Eiser & Morse, 2001; Baxt, Kassam-Adams, Nance, Vivarelli-O'neil & Winstons, 2004; Sundblad, Saartok & Engström, 2006), como se verificou no presente estudo.

Relativamente à avaliação da dor com base em vários informadores, Rajasagaram, Taylor, Braitberg, Pearsell & Capp (2009) verificaram que não existiam diferenças significativas entre os relatos de dor das crianças e dos pais, enquanto a equipa de enfermagem tendia a subestimar a dor juvenil.

O facto de os jovens serem acompanhados na consulta de reumatologia e terem diagnóstico clínico de dor crónica poderá permitir que os pais estejam mais atentos e consciencializados acerca da dor dos filhos, podendo assim concluir que, nesta amostra clínica, os pais se mostraram bons informadores acerca da dor dos filhos adolescentes.

#### 4.2. Caracterização das estratégias de *coping* com a dor da amostra adolescente

No presente estudo os jovens relataram utilizar mais estratégias de Aproximação, nomeadamente Resolução de Problemas e Autoafirmações Positivas, e estratégias de Evitamento Focado no Problema, como a Distração Comportamental. A estratégia de *coping* menos utilizada foi a Externalização. Resultados semelhantes foram encontrados por Farias (2014) com uma amostra clínica de adolescentes, e no estudo original de validação do PCQ, numa amostra clínica com crianças e adolescentes (Reid et al., 1998).

Foram encontradas diferenças significativas em função do género, sendo que as raparigas relatam uso mais frequente de estratégias de Internalização, e os rapazes mais estratégias de Distração Comportamental. Keogh & Eccleston (2006) observaram resultados idênticos numa amostra adolescente com dor crónica.

O efeito da idade também se verifica, na medida em que os jovens mais velhos demonstraram usar mais estratégias como a Procura de Informação e estratégias de Internalização, enquanto os mais novos reportaram mais estratégias de Distração Cognitiva. Segundo os estudos de Zimmer-Gembeck & Skinner (2011) é de esperar que os jovens mais velhos reportem estratégias mais sofisticadas como a Procura de Informação, assim como estratégias de foco emocional, tendo em conta que são mais capazes de refletir acerca dos próprios estados emocionais, permitindo a mobilização de estratégias de regulação emocional sofisticadas, mas também a exposição a vulnerabilidades emocionais, como é o caso da internalização (i.e., pensamentos persistentes e negativos acerca da dor). Zimmer-Gembeck & Skinner (2011) salientam ainda que a Distração Cognitiva é utilizada por crianças e adolescentes mais novos (e.g., pensar em outra coisa), em situações em que não é possível adotar estratégias de Distração Comportamental (e.g., consulta no dentista). Segundo as mesmas autoras, as estratégias distrativas tornam-se mais organizadas, flexíveis, específicas ao problema e integradas com outras estratégias de *coping*, ao longo do desenvolvimento do jovem.

Relativamente ao estudo das associações entre os níveis de dor e as estratégias de *coping* com a dor, ambas avaliadas pelos jovens, a subescala Internalização revelou-se positiva e moderadamente associada com a dor máxima e a dor média nas duas últimas semanas. Resultados semelhantes são encontrados por vários autores, sendo que as estratégias centradas na emocionalidade negativa têm sido associadas ao foco da atenção na dor e à experiência da dor vivenciada de forma mais dolorosa (Bennett-

Branson & Craig, 1993; Eccleston, 1995; Reid et al., 1998). A subescala Resolução de Problemas apresentou-se associada positiva e moderadamente com a dor média nas duas últimas semanas. Face ao carácter crónico da dor apresentada pelos jovens, é possível que a estratégia Resolução de Problemas seja encarada de forma desencorajadora, o que poderá culminar no aumento da intensidade da dor percecionada. No entanto, também é possível que jovens com dores mais intensas ou persistentes tenham mais tendência para usar os seus recursos mais eficazes e portanto recorram mais a estratégias de resolução de problemas.

#### **4.2.1. Serão os pais bons observadores das estratégias de coping com a dor dos filhos?**

O segundo objetivo do estudo pretendia explorar se os pais eram bons observadores das estratégias de *coping* com a dor adotadas pelos filhos. Para tal obtiveram-se relatos dos jovens acerca das estratégias de *coping* mobilizadas para lidar com a dor, e relatos dos pais acerca das estratégias de *coping* com a dor usadas pelos filhos.

Não se verificaram diferenças significativas entre os relatos relativos à na maioria das estratégias de *coping*.

Apenas se observaram diferenças significativas na escala Evitamento Focado na Emoção e na subescala Internalização, com os pais a avaliar o uso destas estratégias como mais frequente do que a autoavaliação realizada pelos jovens. Diversas investigações apontam para que os pais sejam melhor observadores de estratégias observáveis, i.e., com base comportamental, ao invés de estratégias cognitivas, emocionais e, portanto, internas (Reid et al., 1997; Compas et al., 2006).

No estudo das associações entre os autorrelatos dos jovens e os relatos dos pais acerca das estratégias de *coping*, a escala Aproximação e respetivas subescalas (à exceção das Autoafirmações Positivas) e a escala Evitamento Focado na Emoção, e suas subescalas, apresentaram-se associadas positivamente e com intensidade moderada a forte. Alguns estudos encontraram diversas associações positivas entre os relatos dos jovens e relatos parentais, em amostras clínicas, para a maioria das escalas e subescalas de *coping* com a dor (Reid et al., 1997; Reid et al., 1998).

Os resultados encontrados confirmam que os pais tendem a ser melhores informadores acerca dos aspetos observáveis das estratégias de *coping* e que sobrestimam as estratégias de *coping* do foro cognitivo e internalizante (Reid et al., 1998). Atendendo a que são processos internos, é expectável que sejam os jovens a fornecer informações mais ajustadas às estratégias de facto utilizadas (Compas et al., 2006). Estes resultados sustentam ainda a importância de uma abordagem multi-informantes na avaliação da dor crónica adolescente.

#### **4.3. Caracterização da catastrofização da dor na amostra adolescente**

Quanto às crenças relacionadas com a dor, verificámos que os jovens reportaram níveis médios a elevados de catastrofização da dor, tendo em conta a escala utilizada, salientando-se alguns casos em que foram reportados níveis muito elevados de catastrofização da dor. A subescala Ruminação apresentou os valores mais elevados. Crombez e colaboradores (2003) encontraram valores muito semelhantes numa amostra clínica, incluindo a tendência para valores mais elevados na subescala Ruminação. De salientar o efeito negativo da catastrofização da dor no bem-estar psicológico dos jovens, sendo que em situações de dor crónica o pensamento catastrófico pode conduzir à hipervigilância da dor e ao stress, e ao consequente aumento da dor percebida (Eccleston & Crombez, 1999).

Verificaram-se níveis de catastrofização da dor significativamente mais elevados nas raparigas. Estes resultados vão ao encontro de outras investigações (Eccleston & Crombez, 1999; Tremblay et al., 2008), nomeadamente com adultos (Sullivan, Tripp & Santor, 2000). E.g., Burn, Elfant & Quartana (2010) verificaram que as mulheres tendem a adotar mais estratégias de regulação emocional desadaptadas, como o evitamento que, por sua vez, está associado a maiores níveis de stress.

Ainda em relação às diferenças sociodemográficas, os jovens mais velhos reportaram níveis de catastrofização significativamente mais elevados na escala total e subescalas, à exceção da Magnificação, onde se observa uma diferença no mesmo sentido, mas não significativa. Farias (2014) encontrou resultados semelhantes, reportando níveis de catastrofização da dor mais elevados por parte dos jovens mais velhos. Ainda na mesma linha de discussão, Zimmer-Gembeck & Skinner (2011) salientam que na adolescência o aumento da capacidade metacognitiva e de refletir

acerca das próprias emoções são características que poderão introduzir vulnerabilidades emocionais, como é o caso da ruminação, isto é, pensamentos negativos recorrentes.

A catastrofização da dor juvenil revelou-se associada com os níveis de dor máxima e a dor média nas duas últimas semanas. Associações positivas entre a catastrofização da dor juvenil e intensidade reportada têm sido encontradas por vários autores (Eccleston et al., 2003; Vervoort et al., 2006) sendo que a catastrofização se mostrou preditora de intensidade de dor elevada em períodos de tempo alargados (Vervoort, Eccleston, Goubert, Buysse & Crombez, 2010).

De acordo com o estudo das associações entre a catastrofização da dor e as estratégias de *coping* com a dor autoavaliadas pelos jovens, é interessante salientar que a catastrofização da dor se encontra negativamente associada com o Evitamento focado no problema e respetivas subescalas. Tal como sustenta a investigação de Spanos e colaboradores (1979), os indivíduos com maiores níveis de catastrofização da dor apresentam maior dificuldade em desviar a atenção dos aspetos desagradáveis da dor, pelo que, ainda que optem por adotar estratégias distrativas, são poucos eficazes no seu uso, retomando o foco da atenção na experiência de dor.

Também se observou que quanto mais os jovens relatavam usar a estratégias de Resolução de Problemas para lidar com a dor, mais pensamentos negativos recorrentes e de maximização foram relatados. A associação positiva observada entre a Procura de Informação e a subescala Ruminação sugere que o acesso a informação acerca da dor está associado a pensamentos constantes de carácter negativo acerca da dor. Pressupõe-se que o carácter crónico da dor fomenta as crenças negativas acerca da dor nunca mais passar ou de algo mais grave poder acontecer, mesmo quando há procura de soluções e de informação face à experiência dolorosa. Eccleston (1995) propõe que, na medida em que as estratégias de *coping* mobilizadas podem afetar a perceção subjetiva da dor, a dor e crenças acerca dela podem afetar a autoeficácia percebida para mobilizar estratégias de confronto com a experiência dolorosa.

#### **4.3.1. Catastrofização parental acerca da dor dos filhos**

O terceiro objetivo do presente estudo pretendia averiguar possíveis associações entre a catastrofização parental acerca da dor dos filhos e a catastrofização da dor

reportada pelos jovens. De forma a responder ao mesmo, obtiveram-se autoavaliações da catastrofização parental e dos jovens com dor crónica

Os pais apresentaram níveis elevados de catastrofização acerca da dor dos filhos, tendo em conta a escala de respostas possíveis. Verificou-se que os pais reportaram níveis de catastrofização da dor mais elevados do que os filhos, sendo estas diferenças significativas para a escala total e subescalas. No estudo original desta escala foram também encontrados valores elevados de catastrofização parental acerca da dor dos filhos adolescentes com diagnóstico de dor crónica (Goubert et al., 2006).

O estudo realizado por Goubert, Vervoort, Cano & Crombez (2009) verificou a associação entre valores elevados de catastrofização parental acerca da dor dos filhos e uma maior congruência entre os relatos da intensidade da dor por parte dos filhos e pais. No presente estudo não foi possível confirmar esta relação, visto que não se encontrou nenhuma associação entre os níveis de catastrofização parental e a avaliação da dor feita pelos pais.

No estudo das associações entre a catastrofização parental e a catastrofização do jovem acerca da dor, verificou-se que quanto mais os pais reportaram pensamentos focados no exagero e maximização da dor, assim como sentimentos negativos acerca da capacidade para lidar com a situação, mais pensamentos de ampliação e exagero da intensidade de dor eram reportados pelos jovens.

O estudo realizado por Vervoort, Trost & Van Ryckeghem (2013), numa amostra comunitária com jovens e pais, apresentou resultados algo divergentes, porque eram a Ruminação e o Desamparo dos pais que estavam positivamente associadas com a Magnificação dos jovens.

Relativamente às associações entre a catastrofização parental e a intensidade da dor autoavaliada pelos jovens, um resultado interessante mas mais difícil de interpretar diz respeito à associação negativa e moderada observada entre a escala total e o Desamparo dos pais com a dor atual autoavaliada pelos jovens. Ou seja, quanto maior a intensidade de dor autoavaliada pelo jovem no momento, menores níveis de catastrofização parental foram reportados pelos pais. No entanto, também se pode entender que quanto maior a catastrofização parental acerca da dor, menor a intensidade de dor atual autoavaliada pelo jovem, isto é, no momento da consulta.

Resultados distintos foram observados por Vervoort e colaboradores (2011) no estudo realizado com uma amostra clínica, com crianças dos 8 aos 15 anos, e os seus pais, na medida em que não foram observadas associações significativas entre a catastrofização parental e os autorrelatos das crianças acerca da intensidade de dor.

Em suma, vários autores confirmaram que as respostas das crianças e adolescentes face à dor são provavelmente influenciadas pelas respostas parentais (Walker & Zeman, 1992; Wilson, Lewandowski & Palermo, 2011). O presente estudo permitiu verificar associações positivas entre a catastrofização parental acerca da dor dos filhos e a catastrofização da dor por parte dos jovens, com pais catastrofizantes acerca da dor dos filhos a terem filhos com maiores níveis de catastrofização da dor, essencialmente a nível de pensamentos de exagero e maximização da dor.



## V. Conclusão e considerações finais

A presente investigação teve como principal objetivo averiguar se os pais são bons informadores sobre a dor dos filhos e bons observadores acerca das estratégias de *coping* com a dor dos filhos. Complementarmente, procurou-se compreender a relação entre as crenças de catastrofização parental acerca da dor dos filhos e a dor e crenças de catastrofização da dor experienciada pelos filhos.

Considerando os resultados obtidos, é pertinente destacar que se verificou uma grande consistência entre os relatos dos jovens e os relatos dos pais acerca dos níveis de dor do jovem, nos três momentos avaliados (dor atual; dor máxima nas duas últimas semanas; dor média nas duas últimas semanas). Relativamente às estratégias de *coping* com a dor, as avaliações dos jovens e as avaliações dos pais verificaram-se consistentes nas escalas e subescalas do *coping*, à exceção das estratégias de Evitamento Focado na Emoção, nomeadamente a Internalização, sendo que os pais sobrestimaram o uso destas estratégias em comparação com os relatos dos filhos.

No que diz respeito à catastrofização parental acerca da dor dos filhos, verificou-se que quanto mais os pais catastrofizam sobre a dor dos filhos, mais os filhos maximizam a dor. No entanto, os resultados deste estudo não permitiram comprovar que a catastrofização parental estivesse associada à avaliação parental acerca da dor dos filhos.

Estes resultados devem, no entanto, ser considerados tendo em conta algumas limitações importantes do estudo. Como principal limitação, considera-se o facto do número total de sujeitos ser pequeno, o que faz com que o estudo tenha carácter exploratório limitando a possibilidade de estudos estatísticos a realizar ou a generalização dos seus resultados.

Sabemos que a dor é uma experiência interna e subjetiva, pelo que o autorrelato é a principal fonte de avaliação da dor. Contudo, no caso de crianças e jovens, os pais são frequentemente uma fonte de informação privilegiada, pelo que se tornam observadores da dor dos filhos e fornecedores de informação acerca da mesma perante os profissionais de saúde.

Na amostra parental estudada, os pais revelaram níveis elevados de catastrofização acerca da dor dos filhos, pelo que importa realçar as crenças parentais

acerca da dor, na avaliação clínica da dor do adolescente e nas intervenções psicoterapêuticas com foco nos jovens, mas também nos pais. O impacto negativo da catastrofização da dor nos pais tem sido saliente na literatura, verificando-se sobretudo no aumento do stresse parental e da sintomatologia ansiogénica e depressiva (Goubert et al., 2006; Goubert et al., 2008).

Desta forma, a presente investigação pretende contribuir para um melhor conhecimento do papel dos pais na vivência da dor crónica dos filhos adolescentes. Pretende-se ainda abrir portas a pesquisas futuras, de forma a investigar mais profundamente as associações aqui estudadas, e formar bases para estudar e validar programas e intervenções clínicas junto da população adolescente com dor crónica e dos seus pais.

## V. Referências Bibliográficas

- American Pain Society (2012). *Assessment and Management of Children with Chronic Pain* [PDF]. Retrieved from <http://americanpainsociety.org/uploads/get-involved/pediatric-chronic-pain-statement.pdf>
- Andrasik, F., Kabela, E., Quinn, S., Attanasio, V., Blanchard, E. B., & Rosenblum, E. L. (1988). Psychological functioning of children who have recurrent migraine. *Pain*, 34(1), 43-52.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (s/d). Dor aguda versus dor crónica [Website Post]. Retrieved from <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/14-dor-aguda-versus-dor-cronica>
- Baxt, C., Kassam-Adams, N., Nance, M. L., Vivarelli-O'Neill, C., & Winston, F. K. (2004). Assessment of pain after injury in the pediatric patient: child and parent perceptions. *Journal of pediatric surgery*, 39(6), 979-983.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: The American Library.
- Bennett-Branson, S. M., & Craig, K. D. (1993). Postoperative pain in children: Developmental and family influences on spontaneous coping strategies. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(3), 355.
- Birnie, K. A., Boerner, K. E., & Chamber, C. T. (2013). Families and pain. In P. J. McGrath, B. J. Stevens, S. M. Walker & W. T. Zempsky (Eds.), *Oxford textbook of paediatric pain* (pp. 111-118). Oxford University Press.
- Burns, J. W., Elfant, E., & Quartana, P. J. (2010). Suppression of pain-related thoughts and feelings during pain-induction: sex differences in delayed pain responses. *Journal of behavioral medicine*, 33(3), 200-208.
- Caes, L., Vervoort, T., Eccleston, C., Vandenhende, M., & Goubert, L. (2011). Parental catastrophizing about child's pain and its relationship with activity restriction: the mediating role of parental distress. *Pain*, 152(1), 212-222.

- Chambers, C. T., Reid, G. J., Craig, K. D., McGrath, P. J., & Finley, G. A. (1998). Agreement between child and parent reports of pain. *The Clinical journal of pain*, 14(4), 336-342.
- Chaves, J. F., & Brown, J. M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of behavioral medicine*, 10(3), 263-276.
- Claar, R. L., Baber, K. F., Simons, L. E., Logan, D. E., & Walker, L. S. (2008). Pain coping profiles in adolescents with chronic pain. *Pain*, 140(2), 368-375.
- Claar, R. L., Simons, L. E., & Logan, D. E. (2008). Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. *Pain*, 138(1), 172-179.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*, 127(1), 87.
- Compas, B. E., Boyer, M. C., Stanger, C., Colletti, R. B., Thomsen, A. H., Dufton, L. M., & Cole, D. A. (2006). Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1132.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455.
- Conte, P. M., Walco, G. A., & Kimura, Y. (2003). Temperament and stress response in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 48(10), 2923-2930.
- Cosi, S., Canals, J., Hernández-Martínez, C., & Vigil-Colet, A. (2010). Parent-child agreement in SCARED and its relationship to anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 129-133.
- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G., Goubert, L., & Verstraeten, K. (2003). The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain*, 104(3), 639-646.

- De Inocencio, J. (2004). Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. *Archives of disease in childhood*, 89(5), 431-434.
- Dysvik, E., Natvig, G. K., Eikeland, O. J., & Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with chronic pain. *International journal of nursing studies*, 42(3), 297-305.
- Eccleston, C. (1995). The attentional control of pain: methodological and theoretical concerns. *Pain*, 63(1), 3-10.
- Eccleston, C., Crombez, G., Scotford, A., Clinch, J., & Connell, H. (2004). Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*, 108(3), 221-229.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C., & Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 181-190.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10(4), 347-357.
- Farias, A. R. (2014). *Estudo das estratégias de coping e catastrofização em adolescentes com dor crónica* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, coping, and health behavior. *Health behavior and health education*, 211-236.
- Goodman, J. E., & McGrath, P. J. (1991). The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, 46(3), 247-264.
- Goubert, L., Eccleston, C., Vervoort, T., Jordan, A., & Crombez, G. (2006). Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-P): a preliminary validation. *Pain*, 123(3), 254-263.

- Goubert, L., Vervoort, T., Sullivan, M. J., Verhoeven, K., & Crombez, G. (2008). Parental emotional responses to their child's pain: the role of dispositional empathy and catastrophizing about their child's pain. *The Journal of Pain*, 9(3), 272-279.
- Goubert, L., Vervoort, T., Cano, A., & Crombez, G. (2009). Catastrophizing about their children's pain is related to higher parent-child congruency in pain ratings: an experimental investigation. *European Journal of Pain*, 13(2), 196-201.
- Guite, J. W., McCue, R. L., Sherker, J. L., Sherry, D. D., & Rose, J. B. (2011). Relationships among pain, protective parental responses, and disability for adolescents with chronic musculoskeletal pain: the mediating role of pain catastrophizing. *The Clinical journal of pain*, 27(9), 775-781.
- Haythornthwaite, J.A., & Heinberg, L.J. (1999). Coping with pain: what works, under what circumstances, and in what ways? In *Pain Forum* (Vol. 8, No. 4, pp. 172-175). Churchill Livingstone.
- Haraldstad, K., Sørum, R., Eide, H., Natvig, G. K., & Helseth, S. (2011). Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 27-36.
- Hechlerl, T., Vervoortl, T., Hamannl, M., Tietzel, A. L., Vocksl, S., Goubertl, L., ... & Zernikowl, B. (2011). Parental catastrophizing about their child's chronic pain: Are mothers and fathers different?. *European Journal of Pain*, 15(5), 515-e1.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10(3), 307-324.
- Huguet, A., & Miró, J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *The Journal of Pain*, 9(3), 226-236.
- Huguet, A., Stinson, J. N., & McGrath, P. J. (2010). Measurement of self-reported pain intensity in children and adolescents. *Journal of psychosomatic research*, 68(4), 329-336.

- Hunfeld, J. A., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W., & van der Wouden, J. C. (2001). Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 145-153.
- Internacional Association for the Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed.). Seattle: IASP.
- Las, V. (s/d). *A dor crónica musculoesquelética* [Website post]. Retirado de <http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=232>
- Keogh, E., & Eccleston, C. (2006). Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping. *Pain*, 123(3), 275-284.
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152(12), 2729-2738.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(Supl II), S54-64.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Levy, R. L. (2011). Exploring the intergenerational transmission of illness behavior: from observations to experimental intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(2), 174-182.
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027-1038.
- Logan, D. E., & Scharff, L. (2005). Relationships between family and parent characteristics and functional abilities in children with recurrent pain syndromes: an investigation of moderating effects on the pathway from pain to disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 698-707.

- Malleson, P. N., Connell, H., Bennett, S. M., & Eccleston, C. (2001). Chronic musculoskeletal and other idiopathic pain syndromes. *Archives of disease in childhood*, 84(3), 189-192.
- McGrath, P. J. (2008). The family is the crucible. *Pain*, 137(3), 471-472.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Brakel, A., & Mayer, A. B. (1999). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): further evidence for its reliability and validity. *Anxiety, Stress & Coping*, 12(4), 411-425.
- Muris, P., Meesters, C., & Schouten, E. (2002). A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(6), 430-442.
- Niv, D., & Devor, M. (2004). Chronic pain as a disease in its own right. *Pain Practice*, 4(3), 179-181.
- Palermo, T. M., & Eccleston, C. (2009). Parents of children and adolescents with chronic pain. *Pain*, 146(1), 15-17.
- Pereira, A. I., Muris, P., Barros, L., Goes, R., Marques, T., & Russo, V. (2015). Agreement and discrepancy between mother and child in the evaluation of children's anxiety symptoms and anxiety life interference. *European child & adolescent psychiatry*, 24(3), 327-337.
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, 87(1), 51-58.
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000). Chronic pain among children and adolescents: physician consultation and medication use. *The Clinical journal of pain*, 16(3), 229-235.
- Puccini, R. F., & Bresolin, A. M. B. (2003). Dores recorrentes na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 79(Supl 1), S65.



- O'Sullivan, P., Beales, D., Jensen, L., Murray, K., & Myers, T. (2011). Characteristics of chronic non-specific musculoskeletal pain in children and adolescents attending a rheumatology outpatients clinic: a cross-sectional study. *Pediatr Rheumatol Online J*, 9(1), 3-3.
- Owens, J. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary care: clinics in office practice*, 35(3), 533-546.
- Rajasagaram, U., Taylor, D. M., Braitberg, G., Pearsell, J. P., & Capp, B. A. (2009). Paediatric pain assessment: differences between triage nurse, child and parent. *Journal of paediatrics and child health*, 45(4), 199-203.
- Reid, G. J., Lang, B. A., & McGrath, P. J. (1997). Primary juvenile fibromyalgia. Psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability. *Arthritis & Rheumatism*, 40(4), 752-760.
- Reid, G. J., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Finley, G. A. (1997). Coping with pain and surgery: Children's and parents' perspectives. *International journal of behavioral medicine*, 4(4), 339-363.
- Reid, G. J., Gilbert, C. A., & McGrath, P. J. (1998). The pain coping questionnaire: preliminary validation. *Pain*, 76(1), 83-96.
- Shields, B. J., Palermo, T. M., Powers, J. D., Grewe, S. D., & Smith, G. A. (2003). Predictors of a child's ability to use a visual analogue scale. *Child: care, health and development*, 29(4), 281-290.
- Simons, L. E., Claar, R. L., & Logan, D. L. (2008). Chronic pain in adolescence: Parental responses, adolescent coping, and their impact on adolescent's pain behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 894-904.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, M. Perlmutter, D. L. Featherman, R. M. Lerner, M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behavior, Vol. 12* (pp. 91-133). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 119-144.
- Spanos, N. P., Radtke-Bodorik, H. L., Ferguson, J. D., & Jones, B. (1979). The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and the utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of abnormal psychology*, 88(3), 282.
- St-Laurent-Gagnon, T., Bernard-Bonnin, A. C., & Villeneuve, E. (1999). Pain evaluation in preschool children and by their parents. *Acta Paediatrica*, 88(4), 422-427.
- Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*, 138(1), 11-21.
- Stevens, B. J., & Zempsky, W. T. (2013). Prevalence and distribution of pain in children. In P. J. McGrath, B. J. Stevens, S. M. Walker & W. T. Zempsky (Eds.), *Oxford textbook of paediatric pain* (pp. 12-19). Oxford University Press.
- Stinson, J. N., Kavanagh, T., Yamada, J., Gill, N., & Stevens, B. (2006). Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. *Pain*, 125(1), 143-157.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.
- Sullivan, M. J., Tripp, D. A., & Santor, D. (2000). Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 121-134.

- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.
- Sundblad, G. M., Saartok, T., & Engström, L. M. T. (2006). Child–parent agreement on reports of disease, injury and pain. *BMC public health*, 6(1), 276.
- Thomsen, A. H., Compas, B. E., Colletti, R. B., Stanger, C., Boyer, M. C., & Konik, B. S. (2002). Parent reports of coping and stress responses in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3), 215-226.
- Thorn, B. E., Rich, M. A., & Boothby, J. L. (1999). Pain beliefs and coping attempts: conceptual model building. In *Pain Forum* (Vol. 8, No. 4, pp. 169-171). Churchill Livingstone.
- Tremblay, I., Beaulieu, Y., Bernier, A., Crombez, G., Laliberté, S., Thibault, P., ... & Sullivan, M. J. (2008). Pain catastrophizing scale for francophone adolescents: a preliminary validation. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 13(1), 19.
- Vervoort, T., Goubert, L., Eccleston, C., Bijttebier, P., & Crombez, G. (2006). Catastrophic thinking about pain is independently associated with pain severity, disability, and somatic complaints in school children and children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(7), 674-683.
- Vervoort, T., Goubert, L., & Crombez, G. (2009). The relationship between high catastrophizing children's facial display of pain and parental judgment of their child's pain. *Pain*, 142(1), 142-148.
- Vervoort, T., Eccleston, C., Goubert, L., Buysse, A., & Crombez, G. (2010). Children's catastrophic thinking about their pain predicts pain and disability 6 months later. *European Journal of Pain*, 14(1), 90-96.
- Vervoort, T., Goubert, L., Vandenbossche, H., Aken, S. V., Matthys, D., & Crombez, G. (2011). Child's and parents' catastrophizing about pain is associated with procedural fear in children: a study in children with diabetes and their mothers 1, 2, 3. *Psychological reports*, 109(6), 879-895.

- Vervoort, T., Trost, Z., & Van Ryckeghem, D. M. (2013). Children's selective attention to pain and avoidance behaviour: the role of child and parental catastrophizing about pain. *PAIN®*, 154(10), 1979-1988.
- Walker, L. S., & Zeman, J. L. (1992). Parental response to child illness behavior. *Journal of pediatric psychology*, 17(1), 49-71.
- Walker, L. S., Guite, J. W., Duke, M., Barnard, J. A., & Greene, J. W. (1998). Recurrent abdominal pain: a potential precursor of irritable bowel syndrome in adolescents and young adults. *The Journal of pediatrics*, 132(6), 1010-1015.
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Claar, R. L. (2005). Testing a model of pain appraisal and coping in children with chronic abdominal pain. *Health Psychology*, 24(4), 364.
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Claar, R. L. (2007). Appraisal and coping with daily stressors by pediatric patients with chronic abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(2), 206-216.
- Waters, E., Stewart-Brown, S., & Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: care, health and development*, 29(6), 501-509.
- Wilson, A. C., Lewandowski, A. S., & Palermo, T. M. (2011). Fear-avoidance beliefs and parental responses to pain in adolescents with chronic pain. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 16(3), 178.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17.